VII. Jahrgang. Wien, 5. November 1893. Nr. 45.

„Internationale Klinische Rundschau“ jeden Sonntag 2 bis 3 Bogen „Klinische Zeit- und Streitfragen“ jährlich 10—12 Hefte zu 2—3 Bogen. Pränumerationspreis für Oesterreich-Ungarn: Ganzj 10 fl, halbj 5 fl, viertelj. 2 50 fl.; für Deutschland: Ganzj. 20 Mark, halbj 10 Mark; für die übrigen Staaten: Ganzj. 25 Frs., halbj. 12.50 Francs. Man abonnirt mittelst Postanweisung oder Einsenduug des Betrages an die **Administration: Wien, I. Bez., Lichtenfelsgasse 9.**

Bestellungen nehmen alle Postämter und alle Buchhandlungen des In- und Auslandes an. — Debit Alfred Hölder, k. und k. Hof- und Universitäts-Buchhändler in Wien, I. Rothenthurmstrasse 15. — Annoncen-Aufnahme: Administration der „Internat. Klinischen Rundschau“ I., Lichtenfelsgasse 9 in Wien. Für die Redaktion bestimmte Sendungen, Zeitschriften etc. sind zu adressiren: An die Redaktion der „Intern. Klin. Rundschau“ Wien I. Lichtenfelsg. 9

INTERNATIONALE KLINISCHE RUNDSCHAU.

Centralblatt für die gesammte praktische Heilkunde, sowie für die Gesammtinteressen des ärztlichen Standes.

Debit Alfred Hölder, k. u. k. Hof- und Universitäts-Buchhändler in Wien, I., Rothenthurmstrasse 15.

Originalartikel, Berichte aus Kliniken und Spitälern.

Formen und Diagnose des Ulcus Ventriculi.

Von

Prof. Germain Sée in Paris.*)

Bevor ich daran gehe, von dem Ulcus Ventriculi zu sprechen, welches heute ein durchaus neues Capitel der Chemie des Magens darstellt, muss ich, um Ihnen das Studium und die nähere Natur dieser Krankheit recht verständlich zu machen, ohne welche ein praktisches Vorgehen und eine rationelle Therapie nicht denkbar sind, zunächst die Eintheilungen, die wir bezüglich der Erkrankungen des Magens getroffen haben, feststellen und Ihnen dieselben wieder ins Gedächtniss rufen.

* * *

Versuch einer Classification der Krankheiten des Magens.

Wir hatten drei Gruppen unterschieden, welche die ganze Pathologie des Magens vom physiologischen und chemischen Standpunkte umfassten.

Die erste Gruppe begreift in sich die am besten präcisirten Formen; allen diesen kommt als vorherrschender Charakter die Hyperchlorhydrie zu, die, nachdem sie in der letzten Zeit heftig bekämpft worden war, allen Angriffen Widerstand geleistet und über die heftigsten Einwände biologischer Natur triumphirt hat.

Neben dieser eigentlichen Hyperchlorhydrie muss man in diese Gruppe noch einen andern Zustand hineinbringen, einen krankhaften Zustand, der erst in der allerletzten Zeit erkannt wurde, ich meine die Gastrosuccorrhoe oder andauernde allgemeine Hypersecretion, die unter zehn Fällen neun Mal von Hyperchlorhydrie begleitet ist; in diese Gruppe muss man auch das Ulcus Ventriculi hineinnehmen, welches in allen nicht complicirten Fällen die Hyperchlorhydrie zu seinem Ausgangspunkte nimmt.

*) Klinischer Vortrag, gehalten im Hôtel Dieu zu Paris; publicirt in «Le Bulletin Médical» vom 30. September 1893.

Die zweite chemische Gruppe entwickelt sich, ausser der Hyperchlorhydrie, auf dem Boden der abnormen Gährungen mit oder ohne Bildung von Gas; dieselbe wird unter dem Namen Gährungs- oder Gas-Dyspepsie, den ich vorgeschlagen habe, den chronischen Catarrh, die glandulären Gastritiden, die Cirrhosen, die Atrophien der Schleimhaut und den Krebs zu umfassen haben.

Die dritte Gruppe bezieht sich auf die neuro-motorischen Zustände, ohne — wenigstens primäre — Störungen chemischer Natur. In dieselbe kann man die Magendilatationen hineinbringen, wenigstens diejenigen Theile, bei denen die Dilatation gut ausgesprochen ist; überdies gehören hierher gewisse Gastralgien und endlich das primäre neuro-motorische Erbrechen.

* * *

Anatomische Pathogenese des Ulcus.

Nach diesen Prämissen lasset uns nun auf das Ulcus zurückkommen, welches im Jahre 1830 von Cruveihlier zuerst genau studirt worden ist. Wie Sie wissen, so handelt es sich hier um eine nekrotische Affection, die zuerst an der Schleimhaut auftritt und sich in die Tiefe verbreitet und oft die Gefässe arrodirt, wodurch sich die Hämorrhagien und die Perforationen des Organs erklären.

Man hat das Ulcus oft Ulcus rotundum, Ulcus simplex und Ulcus chronicum genannt; es ist in der That eine Seltenheit, wenn dasselbe eine ausgesprochen längliche Form hat, wenn sein Verlauf ein acuter ist, und wenn es multipel auftritt; nichtsdestoweniger entdeckt man oft neben dem Ulcus noch Narben älterer Ulcera.

Sein Lieblingssitz ist die Regio pylorica, die kleine Curvatur und die hintere Fläche. In diesem zuletzt genannten Falle kann die Arteria lienalis durch den Ulcerationsprocess in Mitleidenschaft gezogen werden.

Das Ulcus präsentirt sich bei der Section unter dem Anblicke eines abgerundeten oder mehr oder weniger ausgezogenen Substanzverlustes mit senkrecht in die Tiefe verlaufenden oder trichterförmigen Rändern mit einer bald gesunden, bald an ihren Rändern indurirten oder sehr vorspringenden Schleimhaut, die eine Schwellung von weinrother Farbe darstellt.

Der Grund des Ulcus kann aus einem grauen, pulpösen Magma bestehen. Häufig unterscheidet man an demselben die blossgelegten Muskelfasern und bisweilen eine klaffende kleine Arterie, welche die Quelle einer Hämorrhagie war.

Erinnern wir uns auch daran, dass die trichterförmige Anlage der Geschwürsränder mit der Beschaffenheit der Endigungen der kleinen Arterien des Magens, die sich in Form von Kegeln verbreitern, in Beziehung zu stehen scheint, und dass die Theorien der Thrombose und der Embolie lange Zeit für die Genesis des Ulcus Ventriculi herangezogen wurden; man findet auf jeden Fall häufig den Zustand der Endarteritis obliterans oder Miliaraneurysmen in den Gefässen der Region, in welcher das Ulcus seinen Sitz hat.

Dies sind in einigen Worten die anatomisch-pathologischen Charaktere des Ulcus; sie gestatten es, das Ulcus von den hämorrhagischen Erosionen zu differenziren, die man in Fällen von Gastritis u. s. w. antreffen kann. Nach der Ansicht mancher Pathologen, wie Virchow und Mathie, können sich die Erosionen unter dem Einflusse der corrosiven Wirkung des Magensaftes in Geschwüre umwandeln; aber es handelt sich in diesen Fällen meiner Ansicht nach um Ausnahmen; es ist nachgewiesen worden, dass die Erosionen nur sehr selten in den Geschwürszustand übergehen (Langerhans).

Gerhardt, der zahlreiche hämorrhagische Erosionen beobachtet hat, konnte nur einen einzigen Fall von Uebergang in Geschwür constatiren.

Was dazu angethan ist, eine Confusion in dieser Angelegenheit hervorzurufen, das ist der Umstand, dass die hämorrhagischen Erosionen Symptome bedingen können, welche denen des Ulcus analog sind und selbst den Tod durch Hämorrhagie bewirken können. Ein Fall dieser Art wurde in necropsia von Hampeln im Jahre 1891 constatirt.

Trotz seiner Tendenz, sich in die Tiefe auszubreiten, ist das Ulcus Ventriculi dennoch der Heilung zugänglich.

Thatsächlich heilt dasselbe oft, wie es die Narben, die man so häufig bei den Autopsien antrifft, beweisen; besonders ist dies beim Weibe der Fall. Wenn somit der Kranke den gefährlichen Complicationen, die sich hier ereignen können, entgangen ist, und zwar zu einer Zeit, zu der sich das Geschwür in voller Thätigkeit befindet (Hämorrhagien, Perforation des Magens mit darauffolgender Peritonitis, Darmfisteln u. s. w.), so vernarbt das Geschwür; dennoch ist der Kranke von diesem Momente an vor jedweder Gefahr nicht geschützt, denn die Narbe kann durchbrechen, oder wenn sie am Pylorus ihren Sitz hat, eine Verengerung desselben bedingen, die eine mechanische Dilatation des Magens mit allen ihren Consequenzen zum Gefolge hat.

Man sagt gemeinhin, dass der Kranke, der von einem Ulcus Ventriculi ergriffen ist, in den meisten Fällen früher an Magenbeschwerden gelitten hatte; dies trifft zu, wenn man damit die Existenz einer chemischen Störung, welche dem Geschwüre vorangegangen war, andeutet, aber diese Angabe ist nicht mehr zutreffend, wenn man den Ulcerösen von der Bildung des Ulcus als von einer eigentlichen Gastritis ergriffen betrachtet, oder wenn man die Existenz des Ulcus derjenigen der mehr oder weniger ausgesprochenen nervösen Störungen unterordnet.

Was die Gastritis betrifft, so ist es sicher, dass man häufig neben dem Ulcus folliculare Ulcerationen antrifft, welche dem Ulcus rotundum als Uebergangsformen dienen, aber diese Ulcerationen sind secundärer und nicht primärer Natur; sie sind das Resultat der Einwirkung des «hyperaciden» Magensaftes auf verschiedene circumscripte Stellen.

Was die umschriebene Region des Geschwüres betrifft, so ist es sicher, dass sie der Sitz sowohl interstitieller als wie auch parenchymatöser Veränderungen sei, dass man eine Proliferation des interstitiellen Zellgewebes und diverse Affectionen des Drüsenepitheliums constatirt; aber diese Veränderung, die man mit Unrecht als eine Gastritis bezeichnet hat, denn es handelt sich hier um einen degenerativen und nicht irritativen Process — ist ausserordentlich umschrieben. Ausser einer sehr kleinen Zone in der Umgebung des Geschwüres ist die Magenschleimhaut bei den Ulcerösen fast immer normal, im Gegensatze zu dem, was man in den Fällen von Krebs beobachtet.

Mit einem Worte, das einzige prodromale Stadium des Ulcus, das wir anerkennen, ist die Hyperchlorhydrie; sie existirt vor und während der Ulcerationsperiode; sie stellt eine specifisch chemische Störung dar; sie nimmt weder aus einer anatomischen Veränderung (Gastritis) noch aus einem nervösen Zustande ihren Ursprung.

Es ist unmöglich, das erste Auftreten des Ulcus näher zu bestimmen, denn die Phänomene der Hyperchlorhydrie, die ihm vorangehen, bieten natürlich die grösste Analogie mit denen des Ulcus selbst.

(Fortsetzung folgt.)

Die Pathologie und die Eintheilung der atrophischen Paralysen.

Von

Dr. David Ferrier *)

Professor der Neuropathologie am «King's College» in London.

(Fortsetzung)

Myelopathische Muskelatrophie.

Von den atrophischen Paralysen, die auf Rechnung von centralen Ursachen kommen — den eigentlichen Myelopathien — gibt es drei grosse Gruppen, je nachdem, ob die Affection die oberen Bulbärkerne, oder die unteren Bulbärkerne oder die Rückenmarkskerne betrifft (namentlich diejenigen der Hals- und Lendenanschwellung), indem sie die klinischen Typen darstellt, wie Ophthalmoplegia, Bulbärparalyse und atrophische Rückenmarkslähmung. Alle diese Zellgruppen haben die Tendenz, einzeln oder mit andern zusammen afficirt zu werden, und zwar entweder primär oder in Combination mit anderen Systemerkrankungen. Die Affection, sei es, dass sie in den oberen oder unteren Kernen gelegen sei oder in den homologen Theilen des Rückenmarks, kann eine acute, subacute oder chronische sein u. s. w., und sie haben alle ihre eigenen klinischen Erscheinungen, die ich hier nicht zu wiederholen brauche.

Die wesentliche Ursache der atrophischen Paralyse in jedem Falle ist die Zerstörung der multipolaren Zellen der betreffenden Zellgruppen.

Es ist für die acute Form charakteristisch, dass die Paralyse zum grössten Theil regressiv ist, i. e., dass die initiale Lähmung ausgebreiteter sei, als der spätere Schwund der Muskeln, während bei der chronischen Form der Process mehr dahinneigt, progressiv zu werden, indem er der Reihe nach die einzelnen Zellen befällt, so dass eine Muskelfaser nach der anderen zu Grunde geht, und die Lähmung wird im Verhältniss zum Grade des Muskelschwundes auf diese Art hervorgerufen.

Dieselben Degenerationen werden bei den Muskeln sowohl als wie auch bei der peripheren Neuritis beobachtet, und sie bieten früher oder später die polaren Veränderungen dar, die für die Entartungsreaction charakteristisch sind, und bedingen überdies jene fibrillären Zuckungen, die durch ihre Abwesenheit bei der myopathischen Form der atrophischen Paralyse so sehr in den Vordergrund treten.

Die Vertheilung der Lähmung stimmt nicht mit derjenigen der peripheren Nerven überein, sondern sie hängt von der functionellen oder topographischen Association der afficirten Muskeln in den Bulbärkernen oder Rückenmarkssegmenten ab.

* * *

*) Siehe «Internationale Klinische Rundschau» Nr. 42—44, 1893.

Ophthalmoplegia.

Bei der Ophthalmoplegie, welche von einer Erkrankung der oberen Bulbärkerne abhängig ist, können die inneren Augenmuskeln allein afficirt sein (Ophthalmoplegia interna), oder die betreffenden conjugirten Bewegungen können einzeln oder gemeinschaftlich afficirt werden (Ophthalmoplegia externa), oder alle Augenmuskeln können gelähmt und atrophirt sein, in welchem Falle es sich um eine Zerstörung aller Kerne des Oculomotorius und des Trochlearis als wie auch des zu ihnen in Beziehung stehenden Abducenskerns handelt.

Es ist durch die experimentellen Untersuchungen von Hensen und Volckers und durch die klinischen und anatomischen Untersuchungen von Westphal, Siemerling, Bruce und Anderen festgestellt worden, dass der Oculomotoriuskern ein Aggregat von deutlich unterschiedenen Centren darstellt, von denen jedes wahrscheinlich eine specielle Beziehung zu gewissen Augenbewegungen hat. Aber die genauen functionellen Beziehungen einer jeden Zellgruppe sind noch nicht mit aller Sicherheit bestimmt worden.

Es ist jedoch wahrscheinlich, dass sich in der vordersten Zellgruppe (dem antero-lateralen Kerne von Darkschewitsch) die Centren für die inneren Augenmuskeln, für den Ciliarmuskel und für die Iris befinden.

Somit kann eine Affection, welche auf diese Region beschränkt ist, eine Lähmung des Ciliarmuskels mit oder ohne Mitbetheiligung der Iris bedingen.

Es ist wahrscheinlich, dass das Centrum für den Levator Palpebrae superioris in einer Zellgruppe gelegen sei, die sich zwischen dem distalen Ende des Oculomotoriuskerns und des Trochleariskerns befindet, und die in enger Beziehung zu den hinteren Longitudinalbündeln steht (Siemerling). Eine vollkommene Ophthalmoplegia interna et externa bedeutet eine totale Zerstörung der Augenkerne oder der peripheren Nerven. Ophthalmoplegia externa allein, i. e. ohne Mitbetheiligung der inneren Muskeln, spricht zu Gunsten einer Affection des Kerns, dies ist jedoch keine absolut giltige Regel, wenn der von Dammron berichtete Fall correct ist*).

Es war dies ein Fall von completer Ophthalmoplegia externa, abhängig von peripherer Neuritis, und ohne Affection der Kerne, ein Fall, in welchem, wie angegeben wird, die Kraft der Accommodation und die Pupillarreaction erhalten waren.

Es gibt jedoch noch ein anderes Symptom, das man im Zusammenhange mit der nuclearen Ophthalmoplegie antreffen kann, auf die Dr. Hughlings Jackson in der letzten Zeit aufmerksam gemacht hat,**) und welches in einem Falle, der in meiner Behandlung stand, und auf den er sich beruft, gut ausgesprochen war, nämlich das Zusammentreffen der Ophthalmoplegia externa mit Parese des Musculus oculo-facialis, i. e. des Orbicularis oculi und des Frontalis. Der Musculus oro-facialis und der Musculus oculo-facialis können bei einer centralen Erkrankung ganz unabhängig von einander afficirt werden, ein Moment, welches anzeigt, dass diese Theile der Facialismuskeln von verschiedenen Centren aus innervirt werden. Es gibt überdies mehrere Thatsachen, welche es wahrscheinlich machen, dass, abgesehen von den klinischen Fällen, auf die sich Dr. Jackson beruft, — die obere Region des Gesichtes von den oculo-motorischen Centren innervirt wird.

(Fortsetzung folgt.)

*) Citirt von Siemerling, Archiv für Psychiatrie, Bd. XXII, 1891, p. 167.

**) Lancet, Juli 15, 1893, p. 128

Mittheilungen aus der Praxis.

Placenta praevia und Wendung?

Von **Dr. Mensinga** in Flensburg.

Schulmässig denkt gewiss Jeder — wo Placenta praevia vorliegt — ist behufs Erhaltung des Lebens von Mutter und Kind schliesslich einzig die Wendung (auf den Fuss meistens) das richtig indicirte Mittel. Im Folgenden will ich berichten, wie es auch anders kommen kann.

Vormittags um $^1/_2$ 11 Uhr traf ich ein bei der Hökersfrau N. N., wegen starker Blutung vor Beginn der Geburt: wahrscheinlich, laut Nachricht der Hebamme, vorliegende Nachgeburt.

Ich fand das Orificium schwer erreichbar, kaum zweimarkstückgross, in demselben einige Cotyledonen der vorliegenden Placenta. Blutung momentan nicht beträchtlich. Sofortige Einlage des Colpeurynthers. Eigentliche Wehen waren nicht zu notiren gewesen. Ich versprach um 3 Uhr wieder zu kommen. Nach Einlage des Colpeurynthers hatten allgemach starke wehenartige Schmerzen sich eingestellt; die Frau war in grosse Bedrängniss gerathen, so dass meine Ankunft von ihr freudigst begrüsst wurde. Ich entfernte den Colpeurynther; eine kaum nennenswerthe Blutung hatte stattgefunden, es war mir unmöglich das Orificium zu erreichen, weil die volle Urinblase sich davor befand. Patientin wurde aufgefordert spontan zu uriniren, circa ein Liter Urin wurde entleert — grosse Erleichterung, — danach das Orificium thalergross mit den Placentarlappen gefühlt. Wiederum Einlage des Colpeurynthers sehr gegen den Wunsch der Patientin, welche ihre Beschwerden dem Colpeurynther zuschrieb. Verordnung von 1 % Morphiumlösung zur Beruhigung derselben, stündlich 10 Tropfen. Um $^1/_2$ 7 Uhr kam ich versprochener Massen wieder. Die Beschwerden und Schmerzen waren unerträglich geworden. Der Colpeurynther wurde entfernt, wiederum sehr gefüllte Blase. Spontane Entleerung von reichlich einem Liter Urin, keine besondere Blutung. Orificium fünfmarkstückgross, Placentarlappen zu fühlen. Abermalige Einlage des Colpeurynthers. Danach hypodermatische Injection von Morphium. Versprechen um $^1/_2$ 10 Uhr wieder zu kommen. Dies geschah. Patientin hatte sich alsbald ausserordentlich erleichtert gefühlt, hatte mit der Umgebung gescherzt, meinend, nun doch wohl aufstehen zu können; dazwischen etwas geschlafen. Ich entfernte den Colpeurynther, fand zu meinem Erstaunen in dem 6 *cm* weiten weichen Orificium keine Placentartheile mehr vor, sondern die pralle Fruchtblase, dahinter den vorliegenden Kopf. Ich eröffnete allsogleich die Blase, der Kopf kam näher, wenn auch noch sehr hoch liegend. Ich beschloss sofort die hohe Zange anzulegen. (Ich nehme in den letzten Jahren die Patientinnen nicht mehr aus dem Bett, sondern lagere nur das Becken hoch über einem untergeschobenen harten Polster mit gehörig resorbirenden Unterlagen) und, da die Noth mich ambidexter gemacht hat, zur Seite links oder rechts von der Patientin stehend, applicirte ich die hohe Zange ohne Mühe. Mit Hebeltractionen wurde in kurzer Zeit der Kopf mit dem Gesicht nach vorne in die vermittelst des Colpeurynthers gehörig vorbereitete Vagina und sodann durch die Vulva geleitet. Da diese nicht so vorbereitet war wie die Vagina, entstand ein Dammriss, indem der Damm halb eingerissen ward; — es fehlte mir an Zeit, seitliche Einkerbungen zu machen, — das Kind war frisch lebendig, schrie sofort. Die Placenta kam nicht von selbst, musste mit dem Credé genommen werden. Blutung im Ganzen sehr gering. Die Placenta war eigenthümlich gebildet. Die Nabelschnur inserirte sich ganz marginal etwa 5 *cm* von der Circumferenz entfernt; gerade dieser Theil der Placenta hatte vorgelegen, wie an dem mit schwarzen kleinen Blutgerinnseln versehenen rautenförmigen Placentartheile sichtbar war.

Hätte ich nach den Regeln der Kunst die Wendung vorgenommen, so hätte ich durch meine Hand oder den Arm

unbedingt diesen Placentartheil, nebst der daran befindlichen Nabelschnur comprimiren müssen, wodurch das Leben des Kindes in grosse Gefahr gerathen wäre.

Der rasche Entschluss, die hohe Zange an den vorliegenden Kopf anzulegen, mochte ich ihn fassen, in welchem Durchmesser ich wollte, behütete mich vor dieser Gefahr. Den kleinen Dammriss musste ich dafür in den Kauf nehmen, da ich den grössten Durchmesser des Kopfes durchzuzwängen hatte. Den Dammriss reinigte ich ohne ihn durch Naht zu vereinigen. Am fünften Tage war derselbe vollständig verklebt. Das Befinden von Mutter und Kind vortrefflich, aus der Behandlung entlassen. Brüste und Warzen bedurften keiner Specialbehandlung.

Verhandlungen wissenschaftlicher Vereine.

K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien

(Original-Bericht der «Internationalen Klinischen Rundschau.»)

Sitzung vom 27. Oktober 1893

Prof. Dr. Th. Puschmann: *Ueber ärztliches Vereinswesen in alter und neuer Zeit.*

Die Bundesgenossenschaft entspricht einem in der Natur des Menschen liegenden Bedürfnisse, auf welches schon Aristoteles hingewiesen hat, indem er den Menschen ein Gesellschaftsthier nannte. Diesem Triebe verdanken wir die Gründung von Zünften, Gilden und Vereinen. Die frühesten Anfänge des ärztlichen Vereinswesens reichen bis in das graue Alterthum zurück. In Griechenland begegnen wir zuerst den Asklepiaden, welche sich als Nachkommen des Asklepios ausgaben, von dem sie die medicinische Lehre rein und unverfälscht überkommen hatten. Die Vertreter des ärztlichen Standes erscheinen daher ursprünglich als Geschlechtsgenossenschaft, in der sich die medicinische Kunst forterbte. Mit der Zeit aber gaben sich auch diesen Familien Fernstehende als Nachkommen des Asklepios aus, was meist aus Rücksicht für das Publikum geschah, welches von den Aerzten diese Pietät forderte und dieselbe durch erhöhtes Vertrauen auf ihre Leistungsfähigkeit belohnte. Wer in die Genossenschaft der Asklepiaden aufgenommen wurde, musste einen Eid schwören, dass er seinen Lehrer wie seinen Vater achten, seine Pflichten als Arzt treu und gewissenhaft erfüllen und seine medicinischen Kenntnisse und Geheimnisse keinem Fremden mittheilen wolle. Die Asklepiaden durchzogen theils das Land, theils liessen sie sich dort nieder, wo sie einen Wirkungskreis fanden; doch blieben sie in steter geistiger Verbindung, indem sie sich zu bestimmten Zeiten bei religiösen Feierlichkeiten versammelten, um ihre Zusammengehörigkeit zu zeigen.

Bei den Römern hat der ärztliche Stand niemals jenes Ansehen erlangt wie bei den Griechen. Es lag dies theils in der unselbstständigen Entwicklung der römischen Medicin, die selbst in ihren besten Vertretern die Abhängigkeit von griechischen Vorbildern erkennen liess, theils und hauptsächlich in den Elementen, aus denen sich der ärztliche Stand zusammensetzte, indem die Ausübung der Heilkunde hauptsächlich in den Händen der Sklaven lag. Dazu kam noch eine Menge von Abenteurern, die besonders aus Griechenland zuströmten. Während sich in Rom überall Innungen und Bruderschaften (Collegia) bildeten, ist von einer Vereinigung von Aerzten nur an zwei Stellen Erwähnung gethan.

Einige Schriftsteller nehmen an, dass das Zunftwesen der Römer auch auf das germanische Volk übergegangen sei. Sicher ist es, dass Verbindungen dieser Art schon im frühen Mittelalter bestanden. Dem Zuge der religiösen Romantik folgend, welche diese Periode beherrschte, stellten sich die Aerzte unter den Schutz eines Heiligen, und zwar wählten sie ein Brüderpaar, welches unter Diokletian die ärztliche Praxis ausübte. Zuerst hatten diese Vereine den Zweck der Wahrung ihrer Rechte, später übernahmen sie aber die Ueberwachung des medicinischen Unterrichtes in ihre Hand.

In Paris bildeten die Aerzte bereits im Beginne des 13. Jahrhundertes organisirte Vereinigungen mit Statuten und Gesetzen. Die ärztliche Zunft wurde als medicinische Fakultät der Universität einverleibt und hielt medicinische Prüfungen ab. Ein medicinischer Lehrkörper sonderte sich aus der ärztlichen Zunft erst ab, als man die Nothwendigkeit empfand, den fachmännischen Unterricht vor Unterbrechungen zu sichern. Dabei handelte es sich hauptsächlich um theoretische Vorlesungen, erst später kam es zu praktischen Untersuchungen am Krankenbette.

In Oesterreich überdauerte der religiöse Charakter, welcher den Innungen bei ihrer Entstehung aufgedrückt wurde, das Mittelalter, er äusserte sich dadurch, dass man an bestimmten kirchlichen Festen gemeinsam dem Gottesdienste beiwohnte und Andersgläubige von der Aufnahme ausschloss. Doch trat man auch dafür ein, dass Elemente der ärztlichen Zunft fern blieben, welche in socialer Hinsicht nicht als Gewinn für den Stand angesehen wurden.

Wenig erquicklich war das Verhältniss zwischen Chirurgen und Aerzten. Da der Clerus, welcher im Mittelalter die erste Stelle unter den verschiedenen Ständen behauptete, sich von den Chirurgen abwandte, wurde die Chirurgie zu einer Thätigkeit gestempelt, welche mit deren Bildung und Ansehen nicht im Einklange stand. Auch die Universitäten vernachlässigten die Chirurgie ganz planmässig. Der chirurgische Stand entwickelte sich aus ganz ungleichartigen Elementen und trat im 13. Jahrhundert den medicinischen Zünften bereits als organisirte Körperschaft gegenüber. 1416 wurde die Vereinigung der Chirurgen in Paris als chirurgische Fakultät der Universität einverleibt und erhielt auch später das Recht, akademische Grade zu verleihen, wogegen sich die Internisten aber sehr sträubten.

Allerdings trug der Umstand, dass die Grenze zwischen Chirurgen und Barbieren verwischt und zu manchen Zeiten aufgehoben wurde, auch dazu bei, dass ihnen die chirurgische Achtung, auf welche sie Anspruch erhoben, versagt blieb. Die Barbiere und Bader bildeten schon im 14. Jahrhunderte Innungen, und zwar blieben sie getrennt, so lange jedem der beiden Handwerke ein besonderes Recht zustand. Doch hatten allmälig die Barbiere die Erlaubniss zur Ausübung der modernen Chirurgie erlangt, und zwar in den Wohnstuben der Kranken, während die Bader nur in ihren Badestuben kleine chirurgische Verrichtungen ausführen durften. Die Barbiere dünkten sich mehr zu sein als die Bader und sträubten sich dagegen, dass sie mit den Badern in einer Zunft vereinigt wurden.

In Wien erhielten Bader und Barbiere 1662 eine gemeinsame Ordnung und wurden 1770 zu einer Zunft vereinigt, wodurch das Ansehen der Chirurgen sehr beeinträchtigt wurde.

In Frankreich wurde der Leibchirurg des Königs unter der Zahl der Kammerdiener geführt. Mehr Achtung als in Frankreich und Deutschland genossen die Chirurgen in Italien, England und namentlich in Holland. Die holländischen Chirurgen widmeten der Verbesserung des medicinischen Unterrichtes rege Aufmerksamkeit, und errichteten anatomische und chirurgische Lehranstalten, so dass mit der Zeit die holländische Schule eine massgebende Stellung einnahm. 1755 wurden die Barbiere aus der chirurgischen Zunft ausgeschieden, so dass dieselbe nur aus Chirurgen bestand.

Der sociale Aufschwung des chirurgischen Standes in Frankreich und Deutschland begann im 18. Jahrhundert und wurde begünstigt durch die Gründung chirurgischer Schulen und Akademien. Nach ihrem Muster schuf Kaiser Josef II. das Josephinum in Wien, welches ebenfalls gleichzeitig als Unterrichtsanstalt und Akademie organisirt wurde. Dieses Institut war dazu berufen, die Gleichstellung der Chirurgen mit den Aerzten herbeizuführen, überhaupt war Oesterreich das erste Land, in welchem durch eine sorgfältige Ausarbeitung des Lehrplanes, dieses Ideal erreicht wurde.

Die Zunft der Chirurgen und Aerzte gerieth im Laufe der Zeit in einen Zustand geistiger Erstarrung. Aengstlich bemüht, die von den Vorfahren überlieferten Einrichtungen zu wahren, gelangte sie zu einem übel verstandenen Conservatismus, welcher jede Neuerung unmöglich machte. Leere Aeusserlichkeiten, eifersüchtige Furcht vor Concurrenz, religiöse Unduldsamkeit drängten die edlen Triebe zurück, und sorgten dafür, dass Freiheit und Licht keinen Weg zu ihnen fanden. Durch Umgestaltung des medicinischen Unterrichtswesens verloren die Zünfte fast gänzlich ihren Einfluss

auf die medicinische Bildung und ihre mächtige Stellung im Staate wurde dadurch erheblich geschmälert.

Im Beginne unseres Jahrhundertes hatten sich die ärztlichen Zünfte bereits überlebt. Der nach Freiheit und Selbstständigkeit des Individuums ringende Zeitgeist forderte andere Formen für die Vereinigung der Berufsgenossen und schuf freie Gesellschaften, welche in gemeinsamer Pflege der Kunst und Wissenschaft, der sie dienten, ihr höchstes Ziel erblickten. So entstand schon im 17. und 18. Jahrhundert eine Anzahl ärztlicher Vereine, welche dieser Richtung huldigten. So wurden in Frankreich und England ärztliche Gesellschaften unter Betheiligung des medicinischen Lehrkörpers ins Leben gerufen, welche den Uebergang von der Zunft in den Verein so geschickt zu vollziehen verstanden, dass ihnen die schweren Stürme erspart blieben, welche anderwärts den Bestand der ärztlichen Gesellschaft so sehr erschütterten. Aehnliche Gesellschaften bildeten sich auch in anderen Staaten.

In Deutschland erwachte das medicinische Vereinswesen schon ziemlich früh (1652 zu Schweinfurth), später in Hamburg, Leipzig u. s. w. Heute hat fast jede grössere Stadt einen oder mehrere ärztliche Vereine. Die Mehrzahl hat sich dem 1873 gegründeten deutschen Aerztebunde angeschlossen.

In Oesterreich blieb die ärztliche Zunft länger am Leben als in Deutschland. Die medicinischen Doctorencollegien zu Wien und Prag haben sich durch Pflege der Wissenschaft und Humanität einen hervorragenden Platz unter den ärztlichen Corporationen unseres Vaterlandes errungen. 1838 wurde die k. k. Gesellschaft der Aerzte gegründet, welche hauptsächlich den Fortschritt in der medicinischen Wissenschaft im Auge hatte. Zu diesem Zwecke veranstaltete sie regelmässige Versammlungen mit Vorträgen und praktischen Demonstrationen; sie gab ferner eine Zeitschrift heraus, in welcher werthvolle Arbeiten zur Veröffentlichung gelangten. Neben diesen beiden grossen ärztlichen Gesellschaften ist in Wien im Verlaufe der letzten Jahrzehnte eine Anzahl medicinischer Vereine entstanden, welche theils einzelne Specialitäten der Heilkunde pflegen, theils die Annäherung engerer Berufsgenossen berücksichtigen. Aber auch in anderen Städten der Monarchie entwickelte sich ein reges Vereinsleben unter den Aerzten, die der Mehrzahl dem 1878 gegründeten allgemeinen österreichischen Aerzteverbande beitraten. Endlich hat die Regierung die Errichtung von Aerztekammern, nach dem Muster der in Deutschland bestehenden, bewilligt, welchen ein gewisser Einfluss auf das Sanitätswesen eingeräumt ist. Der parlamentarische Zug unserer Zeit macht sich auch in der med. Vereinsthätigkeit geltend. Die Versammlungen der Aerzte mit ihren Verhandlungen und Debatten bilden neben dem Katheter des akademischen Lehrers, neben dem Krankenzimmer den Boden, auf welchem sich die medicinische Geschichte der Gegenwart abspielt.

Dr. Em. Mandl.

65. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte zu Nürnberg.

3. Allgemeine Sitzung.

Prof. Ferdinand Hueppe: *Ueber die Ursachen der Gährungen und Infectionskrankheiten und deren Beziehungen zum Causalproblem und zur Energetik.*

(Schluss.)

Neben den beiden erwähnten Kategorien von Thatsachen, die man bei der Befruchtung und Infection im Versuche sicher stellen kann, gibt es aber noch eine dritte Gruppe von Erscheinungen, welche die Auslösung auch vom Standpunkte der Quantität zu betrachten zwingen.

Die Untersuchungen über die physikalischen Vorgänge in den Nerven und Muskeln hatten mehr und mehr sichergestellt, dass die Auslösung von der Quantität der Reize derart beeinflusst wird, dass schliesslich PFLÜGER ein allgemeines Reizgesetz entwickeln konnte. Aehnliches stellte sich immer deutlicher für alle anderen Reize der Physiologie heraus und der Ablauf der psychophysischen Vorgänge erwies sich deutlich in Abhängigkeit von denselben Gesetzmässigkeiten. Die Vorstellung eines «Schwellwerthes» der Reize, unterhalb dessen die Reize anders als oberhalb desselben wirken, ist in der neueren Physiologie und Psychologie ganz geläufig. Unbegreiflich ist es nur, dass kein Physiologe bis jetzt versucht hat, derartige Reizgesetze, welche die Reize geradezu mehr als eine Quantität denn als Qualität aufzufassen zwingen, mit dem Energiegesetze in Einklang zu bringen. Aber die Bedeutung dieses Gesetzes geht noch viel weiter. H. SCHULZ ermittelte, dass dasselbe Gesetz auch für die Desinfection gilt und ich selbst fand, dass es ebenso die Heilungsvorgänge beherrscht. Mit der letzten Ermittelung wurden alte, von den Ueberexacten verhöhnte Vorstellungen früherer Aerzte wieder rehabilitirt. Ich fand, dass der berühmte Paracelsus schon derartige Ideen sich auf Grund der Beobachtung über die Wirkung von Arzneimitteln gebildet hatte, dass auch den späteren Klassikern der Heilkunde, wie SYDENHAM, mehr noch SWIETEN und BROWN, derartige Vorstellungen ganz geläufig waren, die von den Isopathen und Homöopathen, allerdings in einem etwas wunderlichen Gewande, gegenüber dem Nihilismus in der Therapie gerettet und deshalb von den Exacten verspottet wurden, bis der weitere Fortschritt in der Exactheit wieder zwingend auf diese alten Lehren hinwies. H. SCHULZ und ich konnten deshalb das Reizgesetz als ein für alles organische Geschehen durchgreifendes Gesetz entwickeln, nach dem jede auslösende Energie unterhalb eines bestimmten Punktes auf Protoplasma reizend und anregend, jenseits desselben aber die Leistungen herabsetzend, vernichtend, tödtend wirkt. Es ist also wieder die Quantität des Reizes, welche uns entscheidend entgegentritt. Und ein solches, das ganze organische Reich beherrschendes Gesetz der Quantität sollte gar keine Beziehungen zum Energiegesetze haben?

Nur STRICKER scheint diese Lücke gemerkt zu haben, wenn er es als Aufgabe der Auslösung betrachtet, dass dieselbe die Hemmung zu überwinden habe. Da im Pulver die Bewegung in irgend einer Weise gebunden, gehemmt ist, sagte er: «Das Pulver zünden, heisst so viel als die Hemmung lösen». Leider war STRICKER mit den Fortschritten der Energetik nicht genügend vertraut, um den ganzen Zusammenhang zu finden. Seine Auffassung, dass die Nervenleistung ein verkleinertes Mass der Muskelleistung sei, ist nur ein Bild und passt gar nicht für die Vorgänge der Befruchtung, Gährung, Infection und für die anorganischen Processe. Aber immerhin hat STRICKER den richtigen Punkt erkannt, an dem der Hebel anzusetzen ist.

Von den Physikern hat meines Wissens nur HELM die schwache Seite erkannt, aber nur im negativen Sinne. Er sagt wörtlich: «Streben», «Tendenz» sind selbstverständlich nur Hülfsvorstellungen, in die wir die Erscheinungen zwingen, um unsere Vorstellungen bequemer zu gestalten. Wenn ein Gewicht auf eine Unterlage gelegt oder an einen Faden gehängt wird, so fällt es sicherlich und hat nicht nur Bestreben zu fallen. Seine Energie der Schwere geht von dem höheren Horizont zum tieferen wirklich über und verwandelt sich dabei in kinetische Form. Gleichzeitig ist aber eine andere Energieart vorhanden, — die der Elasticität der Unterlage oder des Fadens. In sie verwandelt sich jene kinetische Energie, um dann wieder durch sie von neuem gebildet zu werden. Dieser Umsatz würde sich unaufhörlich wiederholen, wenn nicht Wärme gebildet würde, wodurch endlich jenes Gewicht zur Ruhe kommt.»

Beim Heben eines Gewichtes wird demselben eine bestimmte Menge potentieller Energie (Arbeitsvermögen) zugeführt; wird nun die Unterlage entfernt oder in anderer Weise durch einen Anstoss das Gewicht zum Fallen gebracht, so ist die kinetische Energie (Arbeit) der potentiellen gleich. Wir wissen aber aus dem Versuche und der Berechnung, dass bei dem Verhindern des unmittelbaren Falles des gehobenen Gewichtes, d. h. bei Verhindern des Ueberganges der potentiellen Energie in kinetische durch eine Unterlage der beiden Energiemengen doch schliesslich nach der Auslösung gleich sind, trotzdem inzwischen Wärme gebildet wird, trotz des hiermit verbundenen Energieverlustes! Es müsste in diesem Fall — nil fit ex nihilo! — die in Form der Wärme verloren gegangene Energie aber aus nichts gewonnen worden sein, wenn sie nachher doch wieder nach Fallen des Gewichtes vorhanden ist! Müssen wir da nicht gezwungen den Energieverlust durch Wärmebildung auf der einen Seite und das Wiederauftreten dieser selben inzwischen verloren gegangenen Energiemenge bei der Auslösung auf der anderen Seite mit eben dieser Auslösungsenergie in ein Identitätsverhältniss

bringen? Ich glaube, dass dies in der That die einzige Möglichkeit ist, um den Vorgang ganz zu verstehen. Die Auslösung führt so viel Energie zu, als zur Ueberwindung der Hemmung, als in specie zur Deckung des Wärmeverlustes nöthg ist. Der Energieverlust, der dadurch entsteht, dass wir potentielle Energie nicht unmittelbar, nicht ohne Auslösung oder Reiz (wobei also die Auslösung Null wird) in kinetische Energie übergehen lassen, muss aber ganz verschieden gross ausfallen je nach der Art und Form der Unterstützung des Gewichtes, grösser wenn es horinzontal gelagert wird, geringer wenn es schräg gelagert wird, grösser mit grösserer, geringer mit geringerer Reibung. Zur Ueberwindung der geringeren Reibung eines schräg gelagerten Gewichtes, d. h. zur Auslösung dieser potentiellen Energie, genügt vielleicht der Druck eines Fingers, während zur Ueberwindung der Hemmung desselben, aber horizontal gelagerten Gewichtes auch die Kraft eines Pferdes vielleicht nicht hinreicht. Die Auslösung erweist sich auch hier als eine Quantität! Die Schneemasse, welche schräg gelagert ist, hat durch ihren Druck auf die Unterlage einen geringeren Energieverlust erlitten, als dieselbe Masse, wenn sie horizonal gelagert ist. Im ersten Falle genügt eine geringe Energiezufuhr durch Sonnenstrahlung, durch den Flügelschlag eines Vogels, durch den Schall einer Stimme, um den Verlust wieder auszugleichen und die Lawine in's Rollen zu bringen, während die andere, gleiche, aber anders gelagerte Schneemasse so gewaltige Einbusse an Energie durch den stärkeren Druck auf ihre Umgebung erlitten hat, dars so geringe Kräfte diesen Energieverlust nicht aufheben, dass sie diese potentielle Energie nicht auslösen.

Der Pyrotechniker, der Sprengungen vorzunehmen hat, weiss sehr gut, dass er einer bestimmten Menge potentieller Energie der Sprengmasse auch eine bestimmte Auslösungsenergie zuweisen muss, weil sonst die Entzündung der Masse unvollkommen wird. Es ist nicht allein die praktische Lagerung der Sprengmasse, die ihn zur Vertheilung zwingt, sondern auch die Beobachtung der unvollständigen Auslösung der Energie bei zu geringer Energiezuführung zur Auslösung.

Die Gerinnung des Käsestoffes erfolgt wohl durch sehr geringe Mengen Lab, aber immerhin muss eine bestimmte Minimalmenge im Verhältnisse zur Menge Milch vorhanden sein, wenn die Gerinnung vollständig werden soll. Wo wir uns auch umsehen, überall tritt die Auslösung uns auch als Quantität entgegen.

Die Möglichkeit der Gewinnung und Aufspeicherung potentieller Energie hängt nun damit zusammen, dass wir den Punkt vermeiden, an dem diese Energie unmittelbar und ohne Auslösung in kinetische übergehen muss, dass wir eine Hemmung einführen. Diese Differenz ist es nun, welche in der Auslösung als Reizgrösse zugeführt werden muss. In einem System sind potentielle Energie plus Auslösungsenergie der kinetischen Energie gleich. Nur für eine ganz bestimmte Versuchsanordnung ist ohne jede Einschränkung die potentielle Energie allein der kinetischen gleich, nämlich dann, wenn die eine Energieform unmittelbar in die andere übergeht. In diesem Fall wird die auslösende Energie gleich Null, sie ist als Grösse, als Menge schon in der potentiellen Energie enthalten und es ist deshalb widersinnig, in diesem Falle überhaupt von Reiz oder Auslösung zu sprechen. Der Reiz ist eine Quantität oder er ist überhaupt nicht vorhanden. Seine absolute Grösse oder Kleinheit ändert an diesem Verhalten nichts und entscheidet nicht über die Auffassung. Wenn man so in dieser meiner Auffassung endlich und zum ersten Male den Reiz und die Auslösung als eine wäg- und messbare Grösse erkennt, so hört er auf unbegreiflich zu sein wie eine Qualität. Er ist damit thatsächlich so gut begreifbar geworden wie jede andere Naturerscheinung und die Grenze seiner Begreifbarkeit liegt da, wo auch die jeder anderen Naturerscheinung liegt, in den uns gezogenen subjectiven Schranken des Erkennens, die uns überhaupt nöthigen in die Energievorstellungen Qualitäten einzuführen als Formen. Durch die neue Vorstellung treiben wir die letzte Entität aus dem Hause der Naturwissenschaft, in dem fortan als Herrin die Vorgänge unbehelligt wohnen. Im Zusammenhange der Erscheinungen ist es möglich, dass von der so gewonnenen kinetischen Energie zufällig gerade so viel zur Auslösung anderer latenter Energie verwendet wird und damit dem ersten System verloren geht, als vorher zur Auslösung der ursprünglichen potentiellen Energie erforderlich war. Aber nothwendig ist dies nicht, es kann auch mehr, es kann auch weniger sein.

Im normalen physiologischen Geschehen wird die potentielle Energie möglichst hoch und von allen bekannten Fällen am labilsten aufgebaut, so dass relativ kleine physiologische Reize zur Auslösung genügen und ein Ueberschreiten dieser Reizgrössen zu krankhaften Erscheinungen führt. Ebenso sucht der Techniker seine Maschine so zu bauen, dass die Auslösung als Reizgrösse möglichst klein wird und eine Kinderhand den gewaltigen Dampfhammer zu regieren vermag. Der Physiker richtet seine Versuche über Energie so ein, dass er gegenüber der Grösse des Wärmeäquivalentes praktisch die Energiemenge der Auslösung in der Rechnung vernachlässigen darf. Aber mit alle dem verschwindet diese Grösse doch nicht, sie wird damit nicht zu einer blossen Qualität. In anderen Fällen die doch eben so gut wie die adäquaten Minimalreize der Physiologie zu berücksichtigen sind, wird aber die Reizgrösse sogar zu einer gewaltigen. Je höher und labiler die potentielle Energie aufgebaut ist, um so geringer wird natürlich die Energiemenge, welche zur Uebwindung der Hemmung als Differenz zugeführt werden muss, aber niemals kann sie zu einer blossen Qualität, zu einer mystischen Entität werden. Bei der Befruchtung sehen wir die Auslösungsgrösse etwa die Hälfte zur kinetischen Energie beitragen, bei der Auslösung der Infection wenig disponirter oder spontan scheinbar immuner Thiere dürfte die Reizgrösse sogar mehr als die Hälfte zur Energie beitragen, die wir als kinetische Energie in Form der specifischen Krankheit auftreten sehen. Gerade solche Vorgänge, welche, wie die Gährungen, eigentlich nur Quantitative Ueberschreitungen des gewöhnlichen physiologischen Geschehens darstellen, oder bei denen, wie bei den Krankheitsprocessen oft ein einfaches Ueberschreiten physiologischer Vorgänge als specivische Qualität imponirt, sind deshalb so geeignet, die Vorstellungen einer blos qualitativen Auffassung der adäquaten Minimalreize zu corrigiren und uns in's Gedächtniss zu rufen, dass sich diese aus den gröberen Massenreizen als Sonderfälle in Folge häufiger Wiederholung erst in langen Zeitperioden entwickelt haben.

Dem hygienisch denkenden Arzte erwächst daraus die Aufgabe, den Ablauf der Erscheinungen so zu leiten, dass ohne Störung der physiologischen Auslösungen die pathologischen Auslösungen erschwert werden, eine Aufgabe, die durchaus nicht aussichtslos ist und unserer Wissenschaft herrliche Ziele für die Zukunft stellt, die ebenso gut anzustreben sind, wie die Bekämpfung der Auslösungserreger, der Mikroparasiten, die man doch nur dann als denkender Arzt erfolgreich bekämpfen kann, wenn man nicht nach neuerdings beliebter Art die vom Wirthsorganismus gebotenen «Ursa hen» als die gegebene auslösbare Energie übersieht. Das Vernachlässigen des letzteren Punktes erschwert das Auffinden «specifischer» Heilmittel.

So führen uns die höchsten Probleme der Erkenntnisstheorie und der exacten Wissenschaften auch immer wieder auf praktische Aufgaben, die ihrerseits wieder die Theorie glücklich beeinflussen können. Die Wissenschaften des Organischen werden durch die Fortschritte der exacteren anorganischen Wissensgebiete auf eine höhere Stufe gehoben. Dadurch wird es ermöglicht, der Mystik der Ontologie, den Resten der Personificationen der Priestermedicin ein Ende zu machen und das Organische und Organisirte von demselben strengen mechanischen und dem alles umfassenden monistischen Standpunkte zu betrachten, wie das Anorganische. Und als Dank dafür lehren die neuen, oft sehr viel schwerer zu fassenden Wahrheiten, welche uns das Lebende kennen lehrt, wie man deren Anregungen auch wieder für die exacten Gebiete verwerthen kann.

Nach der uralten Sage unseres Volkes findet der Held die Sonnenfrau in der Wohnung des Winterriesen nur auf mühseligen, labyrinthischen Gängen, aus denen keine Wiederkehr möglich scheint, und nur in harten Kämpfen mit dem Drachen der Finsterniss vermag er die Strahlende zu befreien und zur lichten Klarheit empor zu führen. So ist auch der Wissenschaft der Sieg oft nur auf schwierigen Wegen, nach vielen Umwegen und

schier endlosem Umherirren unter harten Kämpfen beschieden. Nach Ueberwindung der mystischen Personificationen der Priestermedicin haben wir noch die Reste dieser Weisheit in der Medicin zu überwinden, wie sie uns bis jetzt in den «Entitäten» oder «Wesen» der Krankheitsspecies, der kranken Zellen, der specifischen Infections- und Gährungserreger, aber auch in den reinen Qualitäten der Reize in der Physiologie und der Auslösungen in der Physik entgegen treten. In der Energetik ist ein Rest dieser Auffassungen in den Tendenzvorstellungen geblieben, die mehr dunkle Qualitäten vortäuschen, als bei folgerichtiger Entwickelung der Energieideen thatsächlich vorhanden sind. In der Erkenntnisstheorie und Begriffskritik muss das Verständniss für die Subjectivität unserer Einsicht lebendiger und allgemeiner werden, um die Irrthümer der im unfehlbaren Mysticismus befangenen Gnostiker, welche die Schranken unserer menschlichen Erkenntniss nirgends achten, zu überwinden.

Alle diese Richtungen zusammen enthalten den Kern einer neuen Weltanschauung, die berufen ist, die Menschheit auch sittlich auf eine höhere Stufe zu heben, in der die Erkenntnisstheorie mit ihrer Kritik des Arbeitsinstrumentes der Begriffe und die Energetik als erstes Integralgesetz ausersehen sind, die Führerrolle zu übernehmen.

In diesem Ringen nach Erkenntniss zeigen Naturwissenschaft und Medicin als gleichwerthige Glieder und im innigen Wechsel, wie er vorbildlich gerade in Deutschland sich entwickelt hat, inhaltlich die Berechtigung jener innigen Verbindung, wie sie in formeller Beziehung einen so glücklichen und auch für die Zukunft Erfolg verheissenden Ausdruck gefunden hat in unserer Versammlung der deutschen

Naturforscher und Aerzte.

Allgemeine Sitzung.

Prof. Dr. Adolf Strümpell, (Erlangen): *Ueber die Alkoholfrage vom ärztlichen Standpunkte aus.*

(Fortsetzung.)

Ehe ich es versuche, Ihnen, verehrte Anwesende, wenigstens einige der wichtigsten durch den Alkohol bedingten Gesundheitsstörungen, wie der Arzt sie beobachtet, darzulegen muss ich eine kurze allgemein-toxikologische Bemerkung vorherschicken Dieselbe scheint mir überhaupt für die Auffassung der meisten chronischen Vergiftungen von Bedeutung zu sein. Nehmen wir als Beispiel zunächst eine andere genau bekannte chronische Intoxication — die chronische Bleivergiftung. Wir sehen hier in der Regel, dass die dem verderblichen Einflusse des Bleies ausgesetzten Arbeiter (Schriftsetzer, Maler, Töpfer u. s. w.) täglich nur höchst geringe, dem Gewicht nach oft kaum bestimmbare Mengen Blei durch den Staub, durch verunreinigte Nahrungsmittel und dergleichen aufnehmen. Die Einzelwirkungen dieser alltäglich aufgenommenen sind so unbedeutend, dass sie sich meist nicht durch die allergeringste Störung des körperlichen Wohlbefindens verrathen. Nachdem aber vielleicht Jahre lang diese ununterbrochene tägliche Einwirkung der kleinsten Giftmengen stattgefunden hat, tritt oft fast mit einem Schlage oder in wenigen Tagen irgend ein schweres Symptom der Bleivergiftung eine Kolik, eine Lähmung der Hände, ein epileptischer Anfall oder dergleichen auf. Hierbei muss also nothwendigerweise eine Summation zahlreicher ganz geringer Einzelwirkungen stattgefunden haben, die nun mit einem Male die Höhe eines eingreifenden Reizes oder einer das organisirte Gewebe zerstörenden Kraft gewinnt. Diesee eigenthümliche und in theoretischer Hinsicht sehr interessante Thatsache der Summation kleinster Giftwirkungen findet sich fast bei allen chronischen Intoxicationen und erklärt uns in vielen Fällen das sonst scheinbar unvermittelte plötzliche Aunreten schwerer Krankheitserscheinungen. Auf diese Weise verstehen wir z. B. den plötzlichen Ausbruch der schwersten Urämie bei einem vorher scheinbar im besten Wohlsein befindlichen Nierenkranken, so verstehen wir auch bei einem Trinker das plötzliche Auftreten eines Delirium tremens oder die mit einem Mal sich einstellende Kraftlosigkeit seines geschädigten, aber bis dahin noch völlig rüstig arbeitenden Herzmuskels. Allem Anschein nach ist es vorzugsweise das Gewebe unseres Nervensystems, welches diesen sich summirenden Wirkungen von im Einzelnen scheinbar geringfügigen toxischen Einflüssen am meisten ausgesetzt ist, und es ist vielleicht etwas mehr als ein blosses Spiel der Gedanken, wenn ich diese Summationserscheinungen als eine Art Gedächtniss der Nervenfassern und Ganglienzellen bezeichne und sie bis zu einem gewissen Grade mit dem Gedächtniss für die höheren geistigen Eindrücke vergleiche. Gerade die Betrachtung der chronischen Alkoholwirkung lehrt uns, dass es sich bei dieser im Körper so leicht verbrennbaren Substanz gewiss nicht um eine Summation des toxischen Stoffes selbst, sondern um ein andauerndes Nachbleiben der durch die chemischen Wirkungen desselben einmal eingetretenen, an sich auch noch so geringen Veränderungen in dem Nervengewebe selbst handeln muss. Diese Veränderungen wachsen allmählich immer mehr und mehr an, bis sie schliesslich in den dauernd krankhaften Zustand übergehen.

Für die praktische Beurtheilung des chronischen Alkoholismus ist die soeben angestellte Betrachtung von der grössten Bedeutung. Sie zeigt uns, warum es durchaus nicht stets der häufig wiederholten acuten schweren Vergiftung mit äusserlich bemerkbaren auffälligen Symptomen bedarf, um schliesslich doch ein schweres chronisches Krankheitsbild zu erzeugen, sondern dass hierzu schon verhältnissmässig geringe, sich aber andauernd und regelmässig wiederholende Einwirkungen des Giftes völlig genügen. Darum drängt sich der ärztlichen Erfahrung, je sorgsamer sie sich auf diesen Punkt richtet, immer mehr die überzeugung auf, dass es keineswegs nur die notorischen Vieltrinker und richtigen Trunkenbolde sind, welche den schädlichen Wirkungen des Alcoholismus verfallen, sondern auch zahlreiche Personen, welche die Bezeichnung als «Trinker» mit Entrüstung zurückweisen würden.

Wie bei fast allen anderen acuten und chronischen Intoxicationen, so zeigt sich auch beim Alcoholismus die interessante Thatsache der so ungemein verschiedenen individuellen Veranlagung gegenüber den Einwirkungen ein und desselben Giftes auf den menschlichen Körper. Nehmen wir als Beispiel zunächst wiederum die chronische Bleivergiftung. Von 100 Schriftsetzern, die unter fast vollkommen gleichen Bedingungen in demselben Arbeitssaal bei der selben Beschäftigung täglich ungefähr die gleichen geringen Mengen Blei in ihren Körper aufnehmen, erkrankt der Eine vielleicht schon nach wenigen Monaten an schweren Erscheinungen des Saturnismus und wird immer wieder von Neuem krank, sobald er zur früheren Beschäftigung zurückkehrt, der Andere dagegen erkrankt vielleicht erst nach Jahren, ein Dritter niemals. Und neben dieser verschiedenen individuellen Veranlagung im Allgemeinen besteht zweifellos auch noch eine individuell verschiedene Disposition der einzelnen Organe. Der eine dem Blei Ausgesetzte erkrankt an Lähmung der Hände, der Andere an einem Darmleiden, der Dritte an chronischer Nierenentzündung u. s. w.

Alle diese Thatsachen finden ihr vollständiges Analogon in der Pathologie des chronischen Alkoholismus. Wir können sie nicht genügend erklären, aber wir müssen mit ihnen rechnen. Sie sind theoretisch interessant, weil sie offenbar mit den innersten Verhältnissen unserer Organisation zusammenhängen, praktisch wichtig, weil wir zahlreiche scheinbare Widersprüche in dem Auftreten der Alkoholerkrankungen nur auf diese Weise verstehen. Freilich dürfen wir in der Betonung der individuellen Disposition auch nicht zu weit gehen. Offenbar sind auch noch andere Umstände in Betracht zu ziehen, wenn wir die Verschiedenheiten im Auftreten der Alkoholerkrankungen erklären wollen. Ohne hierauf näher eingehen zu können, möchte ich nur die eine interessante Thatsache hervorheben, dass der Ausbruch der summirten Alkoholwirkung durch gleichzeitige andersartige Schädlichkeiten bedingt sein kann. So sehen wir z. B. bekanntlich oft bei einer acuten fieberhaften Krankheit, nach einem Trauma, nach einem stärkeren Blutverlust mit einem Mal die längst verbreiteten aber bis dahin noch völlig latenten Wirkungen des Alkohols zum Ausbruch kommen. Diese Beobachtung machen wir keineswegs nur, wie längst allgemein bekannt, beim alkoholischen Delirium, sondern auch bei anderen Alkoholerkrankungen. So beobachtete ich z. B. vor kurzem eine typische alkoholische Polyneuritis im unmittelbaren Anschluss an eine acute Pneumonie.

Für die richtige Auffassung der eigentlichen Krankheitsursache sind diese Verhältnisse jedenfalls sehr beachtenswerth.

Wie die meisten toxischen Stoffe überhaupt, wirkt auch der Alkohol in erster Linie auf das Nervensystem ein. Bei der acuten Intoxication treten Lähmungserscheinungen an den höheren psychischen Vorgängen am meisten hervor, weil sie am leichtesten bemerkbar sind. Jede etwas genauere Beobachtung zeigt aber auch schon bei geringeren Graden der Vergiftung die gleichzeitige Beeinflussung der motorischen Innervationsvorgänge, die Unsicherheit der Bewegungen und die Erschwerung der Sprache, während die sensiblen Leitungswege eine weit grössere Widerstandskraft zu besitzen scheinen. Genau entsprechend diesen bekannten Erscheinungen des acuten Rausches sehen wir auch die zwei Hauptformen nervöser Erkrankung in Folge chronischer Intoxication in denselben eben genannten Gebieten auftreten, einmal im Gebiete der höheren Bewustseinsvorgänge in der Form des alkoholischen Deliriums, im Gebiete des motorischen Nervensystems in der Form des alkoholischen Tremors und der alkoholischen motorischen Lähmungen und Ataxien, mit einem der sogenannten alkoholischen Polyneuritis. Letztere ist bekanntlich eine der häufigsten und wichtigsten Formen der grob anatomischen Nervendegeneration in Folge fortgesetzter chemisch-toxischer Einwirkungen. Fraglich und noch unentschieden ist es nur, ob dieses Absterben der peripherischen Nervenfasern durch eine unmittelbare Einwirkung der Alkoholmoleciüle auf die Nervenfasern selbst stattfindet, oder ob wir die eigentliche Wirkungsstätte des Giftes in den Zell- resp. Kerncentren der Nervenfasern zu suchen haben, so dass die letzteren also erst secundär in Folge der Schädigung ihrer entfernten Ernährungscentren absterben.

So interessant und wichtig übrigens auch das Studium der beiden eben genannten notorisch rein alcoholischen Erkrankungen, des Alkohol-Deliriums und der alkoholischen Polyneuritis ist, so dürfen wir die praktische Bedeutung derselben doch nicht überschätzen. Die Häufigkeit des alkoholischen Deliriums tritt, mit der Gesammtzahl der Bevölkerung verglichen, nur in einigen grossen Städten hervor, welche von einer zahlreichen schnapstrinkenden Arbeiterschaft bewohnt werden. Da sind freilich die Zahlen traurig genug, wenn man z. B. liest, dass in Hamburg jährlich ca. 150 Deliranten in's allgemeine Krankenhaus aufgenommen werden, während die jährliche Anzahl derselben in der Berliner Charité sogar ca. 500—600 beträgt. In den besseren Bevölkerungs-Schichten und insbesondere bei Biertrinkern ist das alkoholische Delirium eine recht seltene Erkrankung, wenn gleich es freilich auch hier noch oft genug die traurige und aufregende Schlussscene in dem Lebensdrama eines Trinkers bildet. Auch den alkoholischen Neuritiden kommt ihrer relativen Seltenheit wegen keine sehr grosse praktische Bedeutung zu. Immerhin wird ihr Vorkommen weit häufiger erkannt werden, wenn die Kenntniss dieser Krankheit erst noch mehr in die weiteren ärztlichen Kreise eingedrungen sein wird. Namentlich möchte ich auch hier hervorheben, dass ich das Auftreten einer alkoholischen Polyneuritis keineswegs nur bei Schnapstrinkern, sondern wiederholt auch schon bei starken Biertrinkern festgestellt habe.

Auf zahlreiche andere Formen alkoholischer Nervenerkrankungen [1]) will ich gar nicht näher eingehen, theils weil die ätiologischen Beziehungen überhaupt nicht völlig durchsichtig sind, wie z. B. bei den mit dem Alkoholismus in Beziehung gebrachten Formen der Dementia, der Epilepsie u. a., theils weil es sich dabei in der That um wirklich nur vereinzelt auftretende Erkrankungsformen handelt, wie z. B. die alkoholische hämorrhagische Pachymeningitis, gewisse Formen hämorrhagischer Encephalitis u. a. Ich wende mich vielmehr weiter zur Betrachtung des Einflusses des Alkohols auf die übrigen Körperorgane. Freilich tritt uns hier von vorneherein die theoretische Schwierigkeit entgegen, dass wir oft nicht streng zwischen den wirklich primären Organ-Erkrankungen und den erst secundär in Folge abnorm gewordener Innervationsvorgänge entstandenen Organveränderungen unterscheiden können. Doch mag vom praktisch-ärztlichen Standpunkt aus diese Frage unberücksichtigt bleiben.

Nur flüchtig erwähnen, weil allgemein bekannt, will ich die unzählbaren Fälle acuter und noch weit häufiger chronischer Erkrankung der Pharynx-, Magen- und Darmschleimhaut, welche die Folge einer andauernden unmittelbaren Reizung dieser Theile sind. Alle diese Erkrankungen bieten in wissenschaftlicher Hinsicht wenig Eigenthümliches dar, haben aber eine grosse praktische Bedeutung nicht nur ihrer Häufigkeit wegen, sondern vor allem wegen ihrer Folgen für die Gesammternährung des Körpers. Ich glaube, die meisten Aerzte werden mit mir darin übereinstimmen, dass die einfache echte chronische Gastritis und Enteritis bei Erwachsenen so überwiegend häufig alkoholischen Ursprungs sind, dass alle anderen Ursachen derselben dagegen sehr in den Hintergrund treten.

(Fortsetzung folgt.)

[1]) Kurz erwähnen, weil erst wenig bekannt, will ich noch die beim Alkoholismus nicht selten auftretenden tonischen, mehr oder weniger schmerzhaften Muskelkrämpfe (in den Unterschenkeln, Arm-, Handmuskeln u. a). welche zuweilen an die Tetanie erinnern. Ich sah sie wiederholt im Vereine mit anderen alkoholischen Erkrankungen, z. B. bei Polyneuritis, chronischer Nephritis und dgl.

15 Abtheilung. Chirurgie.

Sitzung vom 11. September 1893

Prof. v. Heineke (Erlangen): *Ueber die Operation des Mastdarmcarcinoms.*

Heineke hat bei derselben den Standpunkt, welchen er vor einigen Jahren präcisirt hat, gänzlich verlassen, glaubt aber jetzt erheblich bessere Resultate zu haben. Er macht nun immer den Medianschnitt vom Sphincter auf die Mitte des Kreuzbeins in hoher Beckenlage bei stark gebeugtem Bein. Erst wird der Sphincter durchschnitten, dann nach nochmaliger gründlicher Reinigung des Darms der Schnitt weitergeführt und das Steissbein in der Mitte durchgesägt. Nun erfolgt die Abtrennung der Bänder vom Kreuz- und Steissbein und eine schräge Abmeisselung des Kreuzbeins in der Nähe des vierten Loches. Dann wird der Darm dicht oberhalb des Sphincters abgeschnitten, zugebunden und nun in gewöhnlicher Weise bis über die obere Carcinomgrenze abgelöst. Der soweit aus dem After herausgeführte Darm wird nun an dem äusseren Umfange des Afters angeheftet und successive durchschnitten. Den Schluss der Operation bildet die Naht des Sphincters und der Wunde bis zur Mitte des Steissbeines; der obere Theil der Wunde bleibt offen und wird tamponirt. Wichtig ist bei dem neuen Verfahren Heineke's, dass das Rectum nur an der Aussenfläche des Afters fixirt wird, um die sonst so häufigen Knickungen des Darms zu vermeiden. Aus demselben Grunde näht Heineke auch nie das Peritoneum. Weiterhin legt er ein grosses Gewicht auf die Durchschneidung des Sphincters mit Rücksicht auf die ersten Defäcationen.

* * *

Dr. v. Büngner (Marburg): *Castration mit Evulsion des Vas deferens.*

Im Anschluss an einen Fall von Nebenhodentuberkulose, in welchem Büngner nach typischer Castration in kurzer Zeit ein Recidiv an dem anscheinend gesund gewesenen Samenstrag erlebte und bei welchem es nach sorgfältiger Isolirung des Vas deferens gelang, über $^4/_5$ des letzteren durch leichten Zug zu entwickeln und abzutragen, hat Büngner eine grössere Anzahl von Leichenversuchen gemacht, über die Grösse des Vas deferens und die Möglichkeit durch Zug am Hodenende dasselbe auszureissen.

Er fand, dass das Vas deferens beim Neugeborenen etwa 15 *cm* lang ist, im 15. Lebensjahr etwa 25 *cm* und beim Erwachsenen circa 50 *cm*. Es gelang in jedem Lebensalter, wenn das Vas deferens nur genau isolirt war, über $^4/_5$ ohne weiteres zu entfernen.

Büngner hat sodann in 7 Fällen klinisch diese Radicaloperation erprobt und sehr gute Erfahrungen damit gemacht. Ein Fall ging an Erysipel zu Grunde, zwei zeigten eine vorübergehende Besserung und drei sind vollkommen geheilt, ein weiterer nicht wieder controlirt.

* * *

*) Nach dem Bericht der Berliner klinischen Wochenschrift.

Dienstag, 12. September.

Prof. Landerer (Leipzig): *Zur Chirurgie des Magens.*

LANDERER ist in 3 Fällen heftigster Magenbeschwerden und Magenkrämpfe, in welchen weder Tumor noch Ulcus nachzuweisen war, operativ vorgegangen. Die Laparotomie ergab in dem ersten Falle einen 3 *cm* breiten und 8 *cm* langen Netzstrang, der sich vom Magen zum Epigastrium hinzog. Derselbe wurde abgetragen und eine vollkommene Heilung der ganz enormen Beschwerden erzielt. Der zweite Fall förderte eine Verwachsung des Magens mit der Leber zu Tage, deren Beseitigung den gleichen guten Erfolg hatte. In dem dritten Fall handelte es sich um einen eingeklemmten Nabelbruch, welcher ein Stück Magenwand enthielt, das mit der Bruchpforte verwachsen war. Durch Ablösung des Magens wurde auch dieser Kranke von den Magenbeschwerden vollständig befreit.

* * *

Dr. Graser (Erlangen): *Unfall als Ursache von Entzündungen und Gewächsen.*

GRASER glaubt, dass eine Anzahl von Phlegmonen nach Traumen (Quetschung, Schlag) sich entwickeln, ohne dass die geringste Spur einer äusseren Verletzung vorhanden, und weist an einer Anzahl von Fällen die Wichtigkeit dieser Möglichkeit für die Unfallpraxis nach. Er erklärt die Entstehung durch die auch anderweitig anerkannte Annahme, dass zeitweilig Staphylococcen im Körper kreisen und an dem Locus minoris resistentiae eine Ansiedelung finden. Auch für die Tumoren glaubt GRASER die Möglichkeit des Zusammenhangs zwischen Trauma und Geschwulst häufiger annehmen zu dürfen, ohne jedoch für die Aetiologie etwas Neues beibringen zu wollen.

In der Discussion tritt Prof. v. BERGMANN den Ausführungen entgegen, indem er speciell für die Tumoren auf die Thatsache hinweist, dass oft geringfügige Carcinome an dem primären Sitz latent bleiben und colossale Metastasen machen, welche leicht als primäre Tumoren imponiren.

* * *

Dr. Garré (Tübingen): *Ueber Aethernarkosen.*

GARRÉ tritt war für die Aethernarkose ein, die bei richtiger Handhabung viele der ihr zum Vorwurf gemachten Nachtheile nicht entwickle. Nothwendig sei, gegebenen Falls vor sehr grossen Dosen nicht zurückzuschrecken. Die in dem Kinder- und Greisenalter gesehene Contraindication kann GARRÉ nicht anerkennen; die nicht seltene Bronchitis ist die Contraindication, nicht das Alter. Als Maske empfiehlt sich am meisten die JUILLARD'sche; Untersuchungen der Maskenluft ergaben einen Sauerstoffgehalt von 17% gegenüber 22 der freien Luft.

* * *

Dr. L. Rehn (Frankfurt a. M.): *Ueber Morbus Basedowii.*

REHN's Erfahrungen über den Morbus Basedowii reichen bis ins Jahr 1883 zurück, wo er bereits auf den Zusammenhang des charakteristischen Krankheitsbildes mit der Schilddrüsse hinwies, im Anschluss an einen Fall, in welchem nach Exstirpation einer Kropfcyste durch zurückgelassene Kapselreste ein analoges Krankheitsbild auftrat, das nach Entfernung der Kapselreste verschwand und von REHN als Vergiftung durch Schilddrüsenrückstand aufgefast wurde. Die Arbeiten KOCH's über die Kachexia strumipriva brachten dann die weitere Lehre, dass die Schilddrüse nicht total entfernt werden darf.

REHN verweist sodann auf die noch weniger beobachteten Fälle von beginnendem Morbus Basedowii. Hier stehen meist im Vordergrund die Herzpalpitationen, die dann in dauernde Beschleunigung übergehen. Wie schon erwähnt, fasst REHN die Erkrankung auf als eine krankhafte Function der Schilddrüse, die als Giftwirkung sich äussert, je nach der Intensität der Intoxication von der leichten bis zur schwersten Form des Morbus Basedowii. Als Behandlung empfiehlt sich die chirurgische, nur darf man nicht hoffen, dass mit der operativen Entfernung die Heilung erfolgt ist, diese vollzieht sich nur in sehr langsamer Weise. Die Operation ist ungefährlich, kann aber enorm gefährlich werden.

KRÖNLEIN hat 7 schwere Fälle von Morbus Basedowii operirt und alle geheilt, JUL. WOLFF 6 Fälle halbseitig exstirpirt, 4 davon bedeutend gebessert SCHMIDT (Polzin) tritt für die elektrolytische Behandlung ein.

(Fortsetzung folgt.)

Kritische Besprechungen und literarische Anzeigen.

Dermatologische Studien. Der ganzen Reihe 17. Heft.

Ein dermatologisches System auf pathologisch-anatomischer (Hebra'scher) Basis.

Von **Dr. S. Jessner.**

Verlag von Leopold Voss. Hamburg und Leipzig. 1893.

Seit dem Umschwung, den die Dermatopathologie im Zusammenhang mit den allgemeinen Fortschritten der Medizin und ihrer Hilfswissenschaften im Laufe der letzten Decennien erfahren hat, machte sich zu wiederholten Malen das Bedürfniss geltend, von dem alten Systeme HEBRA's, das den Ergebnissen der physiologischen und ätiologischen Forschung kaum mehr Rechnung tragen konnte, abzugehen und nach neuen Grundlagen zu suchen, welche eine richtigere Gruppirung der einzelnen Krankheitstypen ermöglichen sollte.

So entstand das originelle, von tiefem geistvollen Denken zeigende System AUSPITZ (1881), in welchem der Versuch, die Hautkrankheiten auf neuropathologischer Basis einzutheilen, zum erstenmale in weiterem Maasse zum Ausdruck gelangt, dem es aber besonders an einer Einheitlichkeit der Grundidee, einem Gesichtspunkte mangelt, nach welchem die Hauptklassen des Systems aufgestellt wären; so hat SCHWIMMER von der neuropathischen Natur der Hautaffectionen ausgehend, sein einseitig-ätiologisches System aufgestellt, ohne sich jedoch ganz auf dieser Basis halten zu können. da doch die Dermatonosen nur zum geringen Theil zu Nervenstörungen in ätiologische Abhängigkeit gebracht werden können. An diese Eintheilungen schlossen sich die Entwürfe Hans HEBRA's, HILLAIRET's, BERLIOZ', das dem anatomischen von WILSON nachgebildete System von HYDE und in allerjüngster Zeit die semiotischnosologische gekünstelte Eintheilung TOMMASOLI's an, die vielfach an die primitiven Systeme PLENK's und WILLAN's erinnert.

Alle diese Systeme, mögen ihnen noch so geistvolle Auffassungen zu Grunde liegen und mögen sie mit noch so grosser Sorgfalt und Gründlichkeit construirt sein, sie erwiesen sich stets überreich an Mängeln und konnten nie den Anforderungen der Wissenschaft und Praxis genügen, kaum bekannt geworden, geriethen sie bald wieder in Vergessenheit, während das viel getadelte durch die Wissenschaftlichkeit seiner Basis und Natürlichkeit seines Aufbaues gleich ausgezeichnete pathologisch-anatomische System HEBRA's, sich andauernd einer allgemeinen Werthschätzung erfreut und heute noch von den meisten Bearbeitern der Hautaffectionen theils ganz, theils mit unwesentlichen Modificationen verwendet wird.

Auf diesem von HEBRA gelegten Fundamente versucht es Verfasser eine neue Systemisirung der Hautkrankheiten zu entwerfen, die sich gleich andern ähnlichen Versuchen wohl als eine in manchen Trakten gelungene Restaurirung des alten Gebäudes präsentirt, keinesfalls aber auf den Werth eines den heutigen Anforderungen vollgenügenden Neubaues Anspruch erheben kann.

Die zwölf Gruppen des HEBRA'schen Systems finden sich in dieser Aufstellung in sechs Hauptklassen vereinigt, die ein gemeinsames pathologisch-anatomisches Band umschlingt. (I. Functionelle Anomalien, II. Anomalien der Blutvertheilung, III. Entzündliche Processe der Haut, IV. Hypertrophiae, V. Neubildungen, VI. Regressive Ernährungsstörungen), während in den Unterabtheilungen die Affectionen bald nach nosologischem (I und II) bald nach rein anatomischem (III und IV) bald nach pathologisch-anatomischem Principe rubricirt erscheinen.

Die Ausschaltung der rein vasomotorischen Erytheme, sowie der Urticaria und Purpuraformen aus der Gruppe der Entzündungen und die Einreihung derselben in die Klasse der Anomalien der Blutvertheilung kann als eine recht zweckmässige bezeichnet werden,

ebensowenig lässt sich gegen die Rubricirung des Prurigo unter diese Hauptklasse, bei der noch wenig präcisirten Pathologie desselben, ein berechtigter Einwand erheben, dagegen ist die Eintheilung der umfassenden Klasse der Entzündungen nach anatomischem Gesichtspunkte als durchaus unnatürlich zu betrachten, indem die anatomischen Gebilde der Haut in der Wirklichkeit kaum je so abgesondert erkrankt befunden werden. Die Ausserachtlassung einer jeden ätiologischen Rücksicht hat es ausserdem zur Folge gehabt, dass die Dermatomykosen und Scabies in der Klasse der Entzündungen — neben Lichen ruber! stehen, während die anderen Zoonosen in diesem Systeme überhaupt kein Unterkommen finden konnten. *N.*

Die Lidrandentzündung und ihre Folgekrankheiten.

Von **Dr. V. Fukala** in Pilsen.

Verlag von M. Breitenstein Leipzig und Wien. 1893.

Verfasser kommt nach eingehenden klinischen Studien zu dem Resultate, dass in vielen Fällen von schwerer scrophulöser Augenentzündung, insbesondere bei geschwürigen Erkrankungen der Hornhaut eine Blepharitis als ursächliches Moment anzusehen sei, namentlich aber solche Fälle von Lidrandentzündung, welche als Blepharitis ulcerosa bekannt, mit der Bildung kleiner, unendlich schwer zu heilender Geschwürchen am Lidrande einhergehen.

Von diesem Grundsatze ausgehend, hat Verfasser in zahlreichen hartnäckigen Fällen von scrophulöser Augenentzündung, oder bei solchen Patienten, welche in Folge von Hornhautgeschwüren nahe daran waren, zu erblinden, den äusseren geschwürigen Lidrand nach FLARER's Methode abgetragen. In allen Fällen ist Heilung des Cornealgeschwüres eingetreten, während früher trotz sorgfältigster localer und allgemeiner Behandlung die Krankheit des Lidrandes sowohl als die der Hornhaut unaufhaltsame Fortschritte gemacht hatte. Auch der kosmetische Effect war kein übler, in vielen Fällen sogar ein äusserst günstiger.

Dem überaus interessanten Schriftchen, welches auch eine originelle Darstellung der Scrophulose und deren Beziehungen zu den Erkrankungen des Auges enthält, ist ein kurzer Aufsatz über die operative Behandlung des Ektropium post Blepharitidem — im wesentlichen eine Modification des SNELLEN'schen Verfahrens — beigegeben. *A. P.*

Klinische Terminologie.

Von weil. **Dr. Otto Roth.**

Vierte vermehrte und verbesserte Auflage.

Verlag von Ed. Bezold (Arthur Georgi). Leipzig 1893.

Dieses nützliche Buch, welches eine Zusammenstellung der zur Zeit in der klinischen Medicin gebräuchlichen technischen Ausdrücke mit Erklärung ihrer Bedeutung und Ableitung enthält, wird seit der 2. Auflage von Dr. H. GESSLER und seit der 3. Auflage von Dr. H. GESSLER und Dr. R. STIEGLITZ herausgegeben.

Ueber das Buch selbst, das längst seine Existenz-Berechtigung, ja Nothwendigkeit erwiesen, ist nichts Neues zu sagen. Erwähnt soll aber werden, dass der Titel «Klinische Terminologie» nicht dem ganzen Inhalt des Werkes gerecht wird, in welchem auch Ausdrücke der theoretischen Fächer in ihrer Bedeutung und Ableitung erläutert werden. Dadurch gewinnt das treffliche Buch, das sich auch in schöner Ausstattung präsentirt, an Werth; und es soll auf's Wärmste empfohlen werden. *F.*

Zeitungsschau.

Aus der dritten medicin. Klinik und Universitätspoliklinik in Berlin.

Prof. H. Senator: Ueber acute Polymyositis und Neuromyositis.

(Deutsche med. Wochenschrift, Nr. 39, 1893.)

Im Gegensatz zu den secundären Muskelaffectionen, die bei verschiedenen Infectionskrankheiten (wie z. B. Abdominaltyphus) meist symptomlos verlaufen, zeigen die primären Erkrankungen der Muskulatur durch ihnen eigenthümliche Erscheinungen wohlcharakterisirte Krankheitsbilder. Es sind dies seltene Erkrankungen, deren Erkennung, wenn man von der Trichinose als der erstbekannten idiopathischen Muskelerkrankung absieht, der neuesten Zeit angehört. (E. WAGNER, LÖWENFELD, UNVERRICHT.)

Verfasser beschreibt im Folgenden zwei derartige Fälle in ausführlicher Weise und knüpft daran Bemerkungen über die noch ziemlich dunkle Aetiologie dieser interessanten Erkrankung.

Fall I. Patient 50 Jahre alt, Bäckermeister, bis zum Jahre 1885 gesund gewesen. Damals wurde Diabetis mit 2—3% Zuckergehalt constatirt, der durch wiederholte Karlsbader Curen wesentlich gebessert wurde. Anfangs Jänner 1891 Schmerzen im rechten, dann linken Unterschenkel, erschwertes Gehen. Ungemein starke Schmerzhaftigkeit auf Druck der gesammten Muskulatur beider Unterschenkel, später auch der Oberschenkel. Fieberhaftigkeit. Die Schmerzhaftigkeit breitete sich auf die Oberarme, den Thorax, die Unterarme aus. Ueber den ergriffenen Muskeln stellten sich an verschiedenen Stellen der Haut blaurothe, theils mehr diffuse, theils kartenartig umschriebene Flecke ein. Die Athmung wurde infolge der Schmerzen äusserst mühsam, das Fieber nahm typhösen Charakter an.

14. Jänner linksseitige Unterlappen-Pneumonie. Urin reichlich, 4—5 Liter täglich mit 5.8% Zucker. Die Muskeln der Oberschenkel und Oberarme geschwollen und hart. 15. Jänner Exit. let. Section nicht gestattet. Aus dem rechten Biceps Brachii wurde ein Muskelstück zur mikroskopischen Untersuchung entnommen.

Dieses zeigte makroskopisch Anichts uffallendes. Die mikroskopische Untersuchung verschiedentlich gefärbter Präparate ergab eine ungemein starke interstitielle Myositis, characterisirt durch zahlreiche Rundzellen zwischen den Primitivfasern und in dem Bindegewebe zwischen den Muskelbündeln und in der Umgebung der Gefässe. An den Muskelfasern die Querstreifung deutlich, keine Degeneration, aber auffallend viel Kerne. Keine Mikroorganismen, keine Gregarinen (die bei Polymyositis sich bei Schweinen und anderen Thieren vorfanden).

Die Diagnose der primären acuten Polymyositis war in dem beschriebenen Falle unzweifelhaft. Der Diabetes kommt ätiologisch nicht in Betracht, da er durch 6 Jahre ohne besondere Beschwerden bestanden, während die Polymyositis mit acutestem Verlaufe in 14 Tagen zum Tode geführt hatte.

Fall II. Patient 40 Jahre alt, Restaurateur, kräftig, gesund. Jänner 1893 traten nach dem Genusse verdorbener Krebse Mattigkeit, Apetitlosigkeit, Schlaflosigkeit, ziehende Schmerzen im Rücken und in den Gliedern ein. Zugleich wurde das Gehen und jede Muskelanstrengung beschwerlich. Im Verlaufe der etwa 10 Wochen dauernden Krankheit wurde unter mässigen Fieberbewegungen beobachtet: Schmerzen im rechten Bein, dann im rechten Vorderarm, welche beide geschwollen und unförmlich erschienen, starke Schweisssecretion, später an den geschwollenen Extremitäten erysipelatöse Röthung der Haut, Schmerzhaftigkeit des Rumpfes und des Zwerchfelles und als Folge davon erschwerte Athmung und Meteorismus. Weiterhin Schmerzen beim Schlucken und in den Kiefern. Der Urin eiweiss- und bluthältig, daneben mikroskopisch Cylinder, Nierenepithelien. Später schwollen auch die linken Extremitäten an. Nach und nach verlor sich die Schmerzhaftigkeit der ergriffenen Theile, schwanden Blut und Eiweiss aus dem Urin, so dass Patient Mitte August geheilt erschien. Die anatomische Untersuchung der Muskeln konnte nicht ausgeführt werden. Die Diagnose acute Polymyositis ergab sich aus dem äusseren Befund an der Muskulatur und aus dem Krankheitsverlauf. Die acute Nephritis ist als Complication zu betrachten, die wahrscheinlich durch dieselbe Ursache bedingt war, wie die Erkrankung der Muskulatur. Die Anfangs

vorhandenen gastrischen Erscheinungen liessen an Trichinose denken, doch ergaben sich hiefür keine Anhaltspunkte. Bezüglich der Aetiologie der acuten Polymyositis lässt sich die Entstehung durch Mikroorganismen wahrscheinlich ausschliessen, da solche niemals gefunden wurden, dagegen spricht die Vermuthung für eine vom Verdauungsapparate ausgehende Intoxication. «Ob das Gift, das wohl unzweifelhaft organischer Natur ist, fertig und wirksam von aussen eingeführt oder erst in den Verdauungsorganen selbst infolge abnormer Vorgänge (als Toxin) gebildet wird, muss vorläufig dahin gestellt bleiben.»

Neben der primären acuten Polymyositis unterscheidet Verfasser noch eine acute multiple Neuromyositis, welche dieselbe Erkrankung der Muskeln aufweist. Bei den typischen Fällen von Polymyositis fehlen aber die Lähmungen im eigentlichen Sinne (die Bewegungsunfähigkeit ist Folge der Schmerzen und Schwellungen), es fehlt die Druckschmerzhaftigkeit der Nervenstämme und die Anäthesien (welche bei der Neuromyositis sehr bald auftreten), es fehlt weiter die frühzeitige, schnell fortschreitende Muskelatrophie. Umgekehrt fehlt bei der Neuromyositis die Schwellung und das entzündliche Oedem der Muskeln und der Haut, welche der -oʎɯʎloԀ sitis eigenthümlich sind. Doch sind Uebergangs- oder Mischformen nicht ausgeschlossen. *B. S.*

Orville Horwitz: Zwei Fälle von Sterilität und Impotenz nach Seitensteinschnitt. (Journ. of the amer. med. assoc. 1893. April 8. — Centralbl. f. Chirurgie. Nr. 37. 1893.)

2 Fälle von Impotenz und Sterilität in Folge linksseitigen lateralen Steinschnittes kamen HORWITZ zur Beobachtung.

1. 29jähriger verheiratheter Mann mit vollkommen normalen Sexualfunktionen unterzog sich zur Entfernung eines Blasensteins einer Operation. Es wurde von einem Chirurgen der laterale linksseitige Steinschnitt gemacht, und der sehr grosse Stein mit grosser Mühe entfernt. Nach der Operation blieb 3 Monate am Schnitt eine Harnfistel bestehen, die sich endlich spontan schloss. Als der Patient geheilt war, fand er, dass seine sexuelle Potenz erheblich gelitten hatte. Erektionen waren meistens nur schwach, und wenn sie so genügend auftraten, dass sie hätten den Coitus gestatten können, so fehlte jede Samenejakulation. Sein Verlangen nach Kohabitation war unvermindert. Nach und nach wurden die Erektionen schwächer und schwächer, bis er zur Zeit, als er nach $1^1/_2$ Jahren HORWITZ aufsuchte, gänzlich die sexuelle Potenz verloren hatte. Penis und Testikel waren normal, die Wunde am Damm war vernarbt, die Narbe absolut unempfindlich. Bei der endoskopischen Untersuchung der Harnröhre zeigte sich das von der Operationswunde herrührende Narbengewebe in einer Ausdehnung von der Pars membranacea bis zur Hälfte der Länge des prostatischen Theils stark kongestionirt und hyperästhetisch. Aus der Prostata kam eine geringe Menge Schleim. Der Urin enthielt einige Schleimabgüsse der Prostatasinus. Das normale Kaliber der Urethra war 13, des Meatus 10 englischer Massstab. Die Behandlung bestand in gradueller Erweiterung des Meatus bis zur Weite der Harnröhre, in warmen Sitzbädern und abendlichen Dosen von Kal. bromat. Nach 4 Monaten war die Kongestion und Hyperästhesie der Urethra geschwunden, und Morgens hatte der Patient kräftige Erektionen. Unter dem Gebrauch von Auro-natrium chloratum und Strychnin, kalten Sitzbädern, dem konstanten Strom und körperlichen Uebungen wich nach 6 Monaten die Impotenz, aber ein gewisser Aspermatismus blieb. Bei geschlechtlicher Erregung kam es nur zur Aussonderung einer geringen Menge schleimigen Prostatasekretes, nicht aber von Samen. Der Patient blieb steril.

2. 26 Jahre alter Mann, unverheirathet, hatte ein Jahr vorher, ehe er zu HORWITZ in die Behandlung kam, eine Steinoperation durchgemacht. Auch hier war der Stein durch den linken Seitenschnitt entfernt worden. Bald nach der Heilung — in 4 Wochen — merkte Patient, dass seine sexuelle Potenz, die vor der Operation normal gewesen war, sich nur sehr schwach zeigte, und nach einem Jahre war nicht nur die sexuelle Potenz vollkommen geschwunden, sondern auch das sexuelle Verlangen hatte völlig aufgehört. Der bleiche und hagere Patient befand sich darüber in trüber hypochondrischer Stimmung, bot das Bild hochgradigster Neurasthenie. Seine Haut war kalt, mit klebrigem Schweiss bedeckt. Der Gesichtsausdruck sorgenvoll, ängstlich, tiefsinnig. Er war etwas benommen, konnte seinen Sinn nicht auf einen ernsten Gedanken koncentriren und dachte nur an seinen kläglichen Zustand. Die locale Untersuchung der Harnröhre zeigte dieselben Verhältnisse wie im ersten Fall. Auch die Behandlung war dieselbe, aber ganz erfolglos. In beiden Fällen waren somit die Patienten, vor der Operation des lateralen Steinschnittes im Vollbesitz ihrer männlichen Potenz gewesen und wurden dann durch das Messer des Chirurgen steril und impotent.

Dr. Jessner, Specialarzt (Königsberg in Pr.): **Die Principien der Syphilistherapie.** (Separatabdruck aus der St. Petersburger Medic. Wochenschr. Nr. 33, 1893).

In der Frage der Behandlung der Syphilis stehen sich zwei Ansichten gegenüber. Die eine (in Frankreich hauptsächlich durch FOURNIER, in Deutschland durch NEISSER vertreten) fordert die Dauerbehandlung, oder genauer ausgedrückt, die chronisch intermittirende Behandlung (Méthode des traitement successifs), die andere (KAPOSI, CASPARI u. A.) erklärt sich für die symptomatisch durch deutliche Manifestationen der Syphilis begründete Anwendung des Quecksilbers oder Jods.

Verfasser bespricht das Für und Wider beider Anschauungen und sucht schliesslich zwischen ihnen zu vermitteln. Die chronisch intermittirende Behandlung ist nach seiner Ansicht nützlich und bei rationeller Anwendung gefahrlos. Dringend indicirt ist sie erstens bei leichtsinnigen Syphilitikern, um sie an die Chronicität ihres Leidens zu mahnen, da solche Patienten leicht an ihre Krankheit vergessen und dadurch ihre Umgebung gefährden, zweitens bei Verheirateten und Heiratskandidaten, wo die Gefahr der Vererbung droht.

Contraindication ist nicht die sogenannte l e i c h t e Syphilis, weil wir nicht in der Lage sind, über den Grad der Syphilis zu urtheilen, weil nach leichten Secundärerscheinungen und Jahre langen Pausen oft schwere Tertiärerscheinungen zu Tage treten, oder die Syphilis durch die Vererbung sich als ernstes wenn auch schlummerndes Leiden dokumentirt, sondern physisch: schwere Leiden einzelner Organe oder der Constitution, wo der lange Fortgebrauch des Quecksibers nachtheilig werden könnte und psychisch: ein ängstlicher zur Syphilophobie neigender, neurasthenischer Charakter des Patienten. Berücksichtigt man diese beiden Factoren, dann wird man mit der chronisch-intermittirenden Behandlung Gutes leisten. «Man wird sie recht oft einleiten, aber auch zuweilen ausschliessen, denn zuerst kommt der Mensch und dann seine Syphilis.» *B. S.*

Dr. Kolisch: Zur Lehre von den posthemiplectischen Bewegungserscheinungen. (Deutsche Zeitschr. f. Nervenh. IV. 14.)

Spontan auftretende, auf eine Körperseite beschränkte, meis choleraähnliche, mitunter athetotische oder Zitterkrämpfe, für deren Zustandekommen eine Reihe von Erklärungsversuchen gemacht wurden. Die bekanntesten sind die Theorie von CHARCOT, der ein choreigenes Bündel supponirt, von GALVAGNI und STEPHAN, die Läsion des Thalamus und die von KAHLER und PICK, die eine Reizung der Pyramidenbahn in ihrem Verlaufe als compactes Bündel annehmen. An der Hand von anatomisch genau untersuchten Fällen und mit Benützung der Literatur weist Verfasser die Richtigkeit der KAHLER-PICK'schen Theorie nach und erweitert dieselbe dahin, dass nicht nur Herderkrankungen, welche die Pyramidenbahn im Bereiche der inneren Capsel betheiligen oder treffen post- oder prohemiplectische Bewegungserscheinungen hervorrufen, sondern auch Herderkrankungen, welche das Pyramidenbündel in seinem Verlaufe im Grosshirnschenkelfusse betreffen. *R. K.*

Michele und Radice: Ueber das Vorkommen des Lustgarten-schen Bacillus in syphilitischen Geweben. (Monatshefte für Praktische Dermatologie Band XVII., Nr. 4.)

Von den 64 zur Untersuchung gelangten Präparaten (Periostitis gummosa radii, Gumma hepatis, Darmsyphilis, Gumma des

Myocards, Arteriosclerosis specifica etc.) ergaben 45 ein positives Resultat. Die Lokalisation des Bacillus in diesen inneren Organen lässt nicht wohl einen Zweifel aufkommen bezüglich Verwechslung mit dem Smegmabacillus. Der Bacillus lag gruppenweise angeordnet in Lymphspalten und -Gefässen, sozusagen nie aber in den Geweben zerstreut, innerhalb oder ausserhalb von Zellen. In Geweben aus früheren Stadien der Affektion waren die Bacillen viel zahlreichlicher vorhanden, als z. B. in Gummaten, wo sie nur an der Grenze von Kranken und Gesunden, nie aber im Centrum zu finden waren. In dieser Lokalisation des Pilzes finden Verfasser eine Erklärung für den Mechanismus der Quecksilberwirkung auf die Syphilis, indem dieser Körper auf dem Lymphwege resorbirt werde.

Oppenheim: Ueber atypische Formen der Gliosis spinalis. (Archiv f. Psych. XXV. 2.)

Während sich die typischen Fälle durch die Symptomentrias 1) Muskelatrophie, 2) partielle Empfindungslähmung, 3) vasomotorisch-trophische Störungen auszeichnen, gibt die verschiedenartige Localisation des Processes innerhalb des Rückenmarkes eine Reihe von Abweichungen vom typischen Krankheitsbilde.

Am wenigsten modificirt ist die Symptomatologie bei der Gliosis unilateralis. (Ergriffensein der grauen Substanz einer Seite.)

Häufiger ist doppelseitige Ausbreitung im Halsmark und Fortsetzung auf einer Seite im Dorsaltheil. Schwierig wird die Diagnose bei diffuser Ausbreitung des Processes im unteren Dorsalmark und Fortsetzung nach oben in einem Hinterhorn. Man hat das Bild einer transversalen Myelitis, während man die Sensibilitätsstörungen in der einen oberen Körperhälfte leicht übersehen kann. Bei Localisation in einer Hälfte des Lendenmarkes kommt es zur Atrophie eines Beines, die progressiv ist (dadurch von der Poliomyelitis zu unterscheiden), während die Verbreitung der Lähmung und die partielle Empfindungslähmung gegen Neuritis spricht.

Bei ungewöhnlich strangförmiger Verbreitung des Processes können der Tabes analoge Bilder entstehen. Oppenheim spricht von gliomatoser Pseudotabes, und theilt einen Fall mit, in welchem das typische Bild einer Tabes vorlag, die Section aber eine Gliosis nachwies, die mit Degeneration der Hinterstränge combinirt war. Oppenheim ist der Ansicht, dass diese Degeneration nicht eine zufällige Combination ist. Die Diagnose wird klarer, wenn der gliomatose Process auf das Halsmark (bes. dessen vordere Parthien) übergreift.

Zu den atypischen Formen zählt Oppenheim endlich auch die in der medulla oblongata localisirten, und zwar diejenigen, deren erste Symptome bulbäre sind. *R. K.*

Pontoppidan: Die Controle bei der Prostitution und die Ausbreitung der venerischen Krankheiten. (Hospitals-Tidende X 20. — Deutsche Medizinal-Zeitung Nr. 81, 1893.)

Verfasser stellt sich bei seinen Untersuchungen auf einen objectiven, practisch-medizinischen Standpunkt; er weist mit Zahlen nach, dass sich in Kopenhagen seit der strengeren Durchführung der Controle im Jahre 1886 die venerischen Krankheiten bedeutend vermindert haben, besonders die Syphilis und hauptsächlich ihr Vorkommen bei den Frauenzimmern. Als Material benutzte Verfasser die vom Stadtarzt veröffentlichten jährlichen Statistiken sowie die jährlichen Zahlen von 2 grossen Hospitälern. Daraus resultirt weiter eine bedeutende Abnahme der Erkrankungen beim Militär: von der ganzen Kopenhagener Garnison waren dienstuntauglich wegen Syphilis im Jahre 1885: 64 Mann, dagegen nur 22 im Jahre 1889.

Verfasser vergleicht diese Verhältnisse mit solchen in Staaten, wo die Controle bei der Prostitution aufgehoben wurde, das geschah in Italien vor 4 Jahren durch das Crispi'sche Gesetz. Nach den Mittheilungen italienischer Aerzte und Tarnowsky's haben die venerischen Krankheiten und besonders die Syphilis bei den Männern an Ausbreitung bedeutend seitdem zugenommen, was sich besonders beim Militär documentirt hat: die Anzahl der venerisch-kranken Soldaten, die ein Jahr vor Erlass des genannten Gesetzes 4·25% der Stärke des Heeres entsprochen hatte, stieg im folgenden Jahre auf 10·23%. Es wurde deshalb im Jahre 1891 das Crispi'sche Gesetz aufgehoben und eine richtige, nicht ganze rigoröse Controle wieder eingeführt. Aehnliche traurige Erfahrungen hat man auch in Norwegen nach Aufhebung der Controle im Jahre 1888 gemacht; hier sprechen die Zahlen besonders für Syphilis eine deutliche Sprache: die primären Erkrankungen an Syphilis betrugen für die Stadt Christiania für das Jahr 1888 annähernd 182; 1889 — 1 Jahr nachdem die Controle aufgehoben war — 274 und im Jahre 1890 gar 473. Aus den Krankenhäusern von Christiania wurden in demselben Zeitraum als frische Syphilisfälle gemeldet: 1888 die Zahl 100, 1889 schon 140 und im Jahre 1890 gar 243. In Norwegen haben also ebenso wie in Italien die venerischen Krankheiten und besonders die frischen Fälle von Syphilis nach Aufhebung der Controle eine ungeheure Zunahme erfahren und es ist nach Verfasser's Ansicht nur eine Frage der Zeit, wann auch für dieses Land die Controle wird eingeführt werden müssen.

Dr. Browser: Die Behandlung Geisteskranker im Anfangsstadium. (Medical standard, Chicago).

Die mannigfaltigsten Umstände verhindern es oft, dass Geistesgestörte gleich bei Ausbruch ihrer Krankheit einem Irrenhause übergeben werden, und so vergeht nicht selten geraume Zeit, bis es möglich ist, die Kranken einer regelrechten Anstaltsbehandlung zuzuführen. Pflicht des praktischen Arztes ist es daher, gleich im Beginne einer solchen Krankheit energisch einzugreifen, was in vielen Fällen mit gutem Erfolge geschehen kann.

Psychosen verdanken oft genug ihre Entstehung einer «Auto-Infection» von seiten des Verdauungstractes, die Heftigkeit der Erscheinungen kann gemildert, und die Dauer der Krankheit abgekürzt werden durch sorgfältige Rücksichtnahme auf die etwa vorhandenen Störungen der Verdauung. Manchmal empfiehlt sich in solchen Fällen die innerliche Darreichung von Mitteln, welche den Darm desinficiren, als Salol, Salophen oder Bismutsalicylic.

Manchmal entstehen Geistesstörungen zweifellos aus träger Thätigkeit der Nieren und der Schweissdrüsen, oder sie werden wenigstens durch diese Umstände gefördert. Da muss dann die Function der Nieren sorgfältig überwacht, und eventuell die Secretion der Haut durch warme Bäder, nasse Einpackungen und geeignete Massage geregelt werden. Eine besondere Aufmerksamkeit des Arztes erfordert schon von Anbeginn die Ernährung des Kranken. Sowohl bei Depressions- als bei Erregungszuständen, namentlich aber bei den ersteren, nimmt der Kranke zumeist so wenig Nahrung zu sich, dass schon unter normalen Verhältnissen der Stoffwechsel leiden müsste, umsomehr bei Zuständen, welche, wie die eben erwähnten als Folge mangelhafter Ernährung des Gehirn's aufzufassen sind. Man muss den Kranken anfangs auf dem Wege der Ueberredung veranlassen, dass er möglichst viel und Nahrhaftes zu sich nehme, im Weigerungsfalle ist jedoch sofort zur künstlichen Ernährung (durch die Nase) überzugehen.

Der nächste wichtige Umstand ist ausgiebiger Schlaf, wobei man sich aber wohl hüten muss, die Kranken in einen permanent narcotischen Zustand zu versetzen, oder durch die dargereichten Mittel ihren Magen zu verderben. Man muss da wohl zweierlei Typen unterscheiden, den deprisiven und den durch manische Stimmung charakterisirten. Bei Fällen der ersteren Art sind gewisse Schlafmittel, wie Brompräparate und Chloralhydrate nicht angezeigt, wogegen sich Hyoscin, welches sich schon durch Geschmacklosigkeit empfiehlt, ausgezeichnete Dienste leistet.

Opium, besonders wenn es seines eigenthümlichen Geruches, der vielen Kranken zuwider ist, beraubt wird, ebenso wie grosse Codeindosen, erzeugen meist bei Melancholischen guten Schlaf. Bei den manischen Formen wieder gibt eine Mischung von Brompräparaten mit Chloralhydrat zu gleichen Theilen gute Erfolge.

Besondere Aufmerksamkeit ist stets den Verhältnissen der Menstruation zu widmen; bei Geistesstörungen im Anschlusse an das Puerperium ist der Zustand des Uterus sorgfältigst zu überwachen. *A. P.*

Albert Carrier (Detroit): **Die Behandlung des Ekzems bei Knaben.** (Medical record. 16. Sept. 1893.)

Der Verfasser stellt die Behauptung auf, dass viele der kindlichen Ekzeme, die Arzt und Umgebung durch ihre lange Dauer quälen, bei sorgfältiger Behandlung und Pflege in kurzer Zeit zur Heilung zu bringen seien.

Dass sie überhaupt so oft vorkommen, daran sei die ungeeignete wenig zarte Fürsorge schuld, die bei Neugeborenen geübt wird. Er legt grosses Gewicht auf geeignete Diät und will häufig günstigen Einfluss auf das Ekzem von leichten Diureticis und salinischen Abführmitteln gesehen haben; indessen bleiben viele Ekzeme, auch wenn die «diätetische Ursache» (?) beseitigt ist, bestehen, weil die Haut «daran gewöhnt» ist, und da muss denn doch die locale Application von Arzneimitteln vorgenommen werden.

Das diesbezüglich vom Verfasser Empfohlene enthält zum grossen Theil allgemein Bekanntes.

Hervorgehoben sei die Empfehlung von Antisepticis bei jedem pustulösen, von mercuriellen Mitteln bei jedem mit Infiltration einhergehenden, von «liquor carbonis detergens» bei von Pruritis begleitetem Ekzem. *O. R.*

Collius: Ueber paraesthetische Neurosen. (Medic. Standard, Chicago, 1893, Nr. 3.)

Collius beschreibt Paraesthesien der oberen Extremitäten in paroxysmatischen Unfällen bei sonst gesunden Personen, welche die Hände viel mit Wasser in Berührung bringen, insbesondere bei Wäscherinnen, Dienstmädchen. Aehnliche Anfälle finden sich bei Näherinnen. Sie bestehen in leicht nagenden oder bohrenden Sensationen der Vorderarme und Hände, auch in feinen Nadelstichen und treten besonders Nachts oder vielmehr in den ersten Morgenstunden auf, wo sie die von dem Uebel Befallenen aus dem Schlafe wecken, seltener am Nachmittage. Sie erstrecken sich nicht auf ein isolirtes Nervengebiet, sondern auf die ganze Extremität. Sensibilitäts- oder Motilitätsstörungen fehlen. Desgleichen eigentliche Schmerzen. Schlechte Ernährung und sonstige ungünstige Lebensbedingungen scheinen zu dem Uebel zu prädisponiren. Bei Veränderung der Lebensweise, insbesondere Fernhalten von den ursächlichen Schädlichkeiten, wie Waschen oder Nähen, schwinden die Anfälle bald. Auch von der Anwendung des faradischen Stromes sah Collius gute Erfolge. *W. Sch.*

Huchard: Ueber nervöse Asystolie. (Revue Générale de clinique et de thérapeutique Nr. 39, 1893.)

Unter Asystolie versteht Huchard nicht das Symptom des Fehlens des ersten Herztones, sondern ganz allgemeine Zustände höchster Verwirrung in der Regulirung der Herzthätigkeit. Er trennt scharf eine «Asystolie cardio-vasculaire» von einer «Asystolie nerveuse».

Erstere entspricht dem Stadium vollständiger Incompensation eines organischen Herzfehlers mit Oedemen, Ascites, Cyanose, quälender Athemnoth, unfühlbaren Puls.

Unter langsamer Steigerung dieser Erscheinungen erfolgt der Tod meist langsam durch chronische Kohlensäureintoxication des Organismus.

Als Typus der nervösen Asystolie können die schweren Fälle von essentieller Tachycardie gelten. Im Vordergrunde steht die Pulsbeschleunigung, Präcordialschmerz, Beklemmung bei Fehlen von Oedemen. Der Tod kann blitzartig durch Syncope erfolgen.

Der Puls ist unfühlbar oder unregelmässig arythmisch bei der cardio-vasculären Asystolie, bei der nervösen Asystolie ist blos die Pulsfrequenz vermehrt, Unregelmässigkeiten des Pulses zeigen dagegen bestimmten Typus, als Pulsus bigeminus, trigeminus.

Dort handelt es sich um mechanische Kreislaufstörungen, verminderten Arteriendruck, erhöhte venöse Spannung, hier um eine schwere Verwirrung in der nervösen Steuerung der Herzbewegungen.

Aus der unvollständigen Entleerung des Herzens bei allen häufigen Contractionen erklärt sich das acute Auftreten von Herzerweiterung bei Basedow, insbesondere des rechten Herzens mit seinen schwächeren Wandungen; in extremen Fällen resultirt daraus eine relative Insufficienz der Tricuspidalklappen — wofür einige Fälle von Friedreich angeführt werden — mit consecutiven Incompensationserscheinungen im grossen Kreislaufe. Hier geht die Asystole nerveuse direct in die Asystolie cardio-vasculaire mit ihren Symptomen über.

Aber auch bei geringeren Graden der Ueberfüllung des rechten Herzens ergibt sich Stauung im Lungenkreislaufe. Dies erklärt das häufige und frühzeitige Auftreten von acutem Lungenödem bei den nervösen Fällen.

Als Aetiologie kommt der Basedow'sche Symptomencomplex in Betracht. Andererseits Fälle von Vagusneuritis und von Vaguscompression, endlich Läsionen des Vaguskernes im verlängerten Mark.

Insbesondere weist Huchard auf die Verkäsung der Tracheobronchialen Lymphdrüsen hin, welche neben Mediastinaltumoren und Aneurysmen, durch Uebergreifen auf den Vagusstamm die häufige Ursache von Neuritis des Vagus mit nachfolgender Tachycardie bilden.

In therapeutischer Beziehung versagt das Digitalis, weil es hauptsächlich auf den Herzmuskel und auf die nervösen Apparate im Herzen selbst wirken soll. (?) Wirksam sind dagegen alle Mittel, welche auch auf die centralen Nervenorgane wirken, als Coffëin, Ergotin, Strychnin. Auch von der Anwendung mässig starker faradischer Ströme — eine Elektrode am Sternum, die andere am Halse in der Nähe des Vagusstammes — sah Huchard günstige Beeinflussung der nervösen Tachycardie. *W. Sch.*

Brigidi: Das Epithelioma cysticum und einige Bemerkungen über die Pathogenese des Carcinoms. (Gazzetta d. Ospitali. 1893. Nr. 104.)

Verfasser behauptet, dass häufig als Parasiten des Carcinoms migratorische Zellen, rothe Blutkörperchen, Producte der Zellenkerntheilung und der Degeneration des Epithels beschrieben worden sind, während umgekehrt wirkliche Parasiten mit andern Körpern verwechselt wurden. Die Präparate Brigidi's zeigen in der That, dass in und zwischen den Epithelzellen des Carcinoms sich Körperchen *sui generis* finden, die die histologischen Merkmale der Protozoen aufweisen. Diese Körperchen sind deutlich in den verschiedenen Entwicklungsphasen und in grosser Menge zu sehen. Von den Präparaten rühren einige von oberflächlichem Lippenepitheliom, andere vom Carcinom der Glans her.

Betreffs der pathogenen Bedeutung solcher Körper, ist Verfasser der Ansicht, dass man in der Beurtheilung äusserst vorsichtig sein müsse, und dass man sie nicht ohne Weiters als parasitären Ursprungs erklären und als die specifische Ursache der Carcinome betrachten solle. Es fehlen noch positive Ergebnisse.

Unter den Hautepitheliomen sind die cystischen Neoplasmen selten; bei einem Tumor dieser Art hat Verfasser nicht jene Körper nachweisen können, die für Coccidien gehalten werden. Das fragliche Neoplasma rührte sicher von embryonalen Keimen her, die sich wahrscheinlich vom Rete Malpighii losgelöst haben, und in seinen ersten Stadien war es ein reines Papillom mit der Besonderheit, dass die verzweigten Papillen statt an der Hautoberfläche sich zu entwickeln, in das Derma sich vertieften, wo in Folge Degeneration des Epithelgewebes kleine Cysten sich bildeten, den Präparaten von diesen Stellen ein dem Bilde der Schweissdrüsen ähnliches Aussehen, mit denen sie auch möglicherweise hätten verwechselt werden können, verleihend. *A. D.*

Dr. Josef Czajkowski: Berufskrankheiten. Zinkintoxication. (Gazeta Lekarska 21, 22, 24, 1893.)

Als Kohlenberg- und Zinkhüttenwerksarzt verfügte Czajkowski über ein reichliches klinisches Material dieser Berufskrankheiten. Bedenkt man, dass metallisches Zink der Wirkung schwacher organischer Säuren und selbst des Wassers leicht unterliegt, so kann man sich auch die Entstehung chronischer Zinkvergiftung bei längerem Gebrauche von in Zinkgefässen aufbewahrten Getränken und Speisen leicht vorstellen, daher auch vereinzelte Fälle solcher Vergiftungen nicht gar so selten sind.

Wegen des leichten Eindringens der Zinkdämpfe in den Blutkreislauf sind es hauptsächlich diese, welche die acuten allgemeinen Erscheinungen hervorrufen und in den (62) Beobachtungen des Verfassers, bildeten sie auch die einzige Ursache des Zinkfiebers, da Beimengungen anderer Dämpfe fast gar nicht in Betracht kamen. Der Einfluss des metallischen Zinkstaubes auf die Entstehung dieses Fiebers ist sehr problematisch, da dieser nicht direct in den Blutkreislauf gelangen kann. Diese Krankheit setzt plötzlich, ohne Vorboten mit heftigen Kopf- und Muskelschmerzen und Opression an der Brust ein. Nach 1—2 Stunden heftige Schüttelfröste und darauf hohe 39—40° C. erreichende Hitze, trockene heisse Haut, trockener Husten, heftige Brustschmerzen. Nach einigen Stunden unter reichlichen Schweissen Rücktritt des Fiebers. Manchmal tritt kurz darauf ein zweiter, schwächerer Fieberanfall auf, mit denselben, aber schwächeren Symptomen, der wie der erste bald unter Schweiss endigt. — Die Diagnose stützt sich: 1. auf den plötzlichen Ausbruch, 2. auf die objectiven und subjectiven Symptome, 3. Auf die Kenntniss der Beschäftigung des Patienten, 4. auf den Verlauf der Krankheit. Besonders wichtig für die Diagnose ist der Mangel von Veränderungen an den inneren Organen. Der Ausgang ist gewöhnlich günstig, ob immer, erscheint zweifelhaft, umsomehr als CZAJKOWSKI zwei Todesfälle dabei beobachtet hat.

Acute Vergiftung mit Zinkoxyd wurde nur selten und meist an in Zinkbleichefabriken beschäftigten Arbeitern beobachtet und äusserte sich weniger intensiv, in mehr abortiver Form meist durch locale Symptome: Reizung der Schleimhaut des Magens und der Gedärme, Erbrechen, Durchfall, Kopf-, Muskel- und Brustschmerzen.

Therapeutisch am wirksamsten gegen das Zinkfieber erwies sich JK, JNa, Opiumpräparate und strenge Milchdiät. Am wichtigsten ist die Vermeidung der Noxe.

Die chronische Zinkvergiftung tritt gewöhnlich nach einer 10jährigen Beschäftigung in diesen Anstalten auf und äussert sich anfangs in schlechter Ernährung, Atrophie der Haut und der Muskeln, graulichgelbe Verfärbung der Haut, Blässe der Schleimhäute, zu denen sich später verschiedene nervöse Störungen hinzugesellen, die an Tabes dorsualis erinnern und in einem eigenthümlichen Gang. Verschieden oft wurden ferner beobachtet, bald vereinzelt, bald combinirt Myalgien, Ostalgien, Arthralgien, Gastralgien, Encephalopathien, Neuralgien, Paresen und Koliken. Der Tod erfolgt an Cachexie oder an einer intercurrenten Krankheit. In einem Falle traten die Koliken in der Blasengegend auf und die vorausgegangenen wie die begleitenden Umstände, wiesen auf krankhafte Veränderungen in der Blase hin, wahrscheinlich abhängig von der Zinkvergiftung. Der frisch gelassene Urin enthielt nämlich reines, unverändertes Blut. Unter dem Mikroskope fand man neben rothen Blutkörperchen Leukocyten, Schleimkörperchen, Blasenepithelzellen.

Sehr oft wurde bei solchen Patienten Abnahme der geistigen Fähigkeiten und eine an Melancholie grenzende psychische Depression beobachtet, die vielleicht mit der toxischen Wirkung des Metalles im ursächlichen Zusammenhange steht.

Für die Differenzialdiagnose von der ähnlichen chronischen Bleiintoxication ist wichtig: 1. der Mangel eines cyanotischen oder blauschwarzen Streifens am Rande des Zahnfleisches und der schwärzlichen Verfärbung der Mundhöhlenschleimhaut, 2. des süsslich adstringirenden Geschmackes, 3. das Fötorexore, 4. die Localisirung der Atrophie und der Paresen bei der chronischen Bleivergiftung an den oberen Extremitäten, die bei der chronischen Zinkvergiftung nur selten afficirt sind und 5. der Verlauf, namentlich das frühzeitige Eintreten der Koliken bei der Blei-, das später bei der Zinkvergiftung. Die Prognose hängt davon ab, ob und wann die Beschäftigung aufgegeben wird.

Die Behandlung bezweckt, die Eiweissverbindungen des Metalles zu zerlegen, die Secretionen zu fördern. JK, JNa, 0 5—0 8 2—3 Mal täglich, überwiegende Milchdiät neben warmen Bädern, hatten oft erstaunende Wirkung auf manche Symptome.

Die Koliken und die Kopfschmerzen hingegen konnten nur durch die Abstellung der Beschäftigung günstig beeinflusst werden.

Sp.

Standesfragen und Korrespondenz.

Briefe aus dem Deutschen Reiche.

Original-Correspondenz der «Internationalen Klinischen Rundschau.»

Berlin, den 25. October 1893.

Das 50jährige Doctoren-Jubiläum Rudolf Virchow's.

In dem Heim der Berliner medicinischen Gesellschaft, dem Langenbeckhause, sahen wir heute Abend eine Festversammlung, wie sie kaum zur Einweihung des Hauses, oder aus ähnlichen Anlässen je stattgefunden hat.

Wahrlich eine erhebende, uns Allen unvergessliche Feier! Sie galt der, in aller Stille vorbereiteten, Proclamirung VIRCHOW's zum Ehrenpräsidenten der Gesellschaft.

Aus diesem Anlasse war der Sitzungssaal festlich decorirt; die Präsidialtribüne und Demonstrationstafel prangten in herrlichem Blumenschmucke.

Prof. v. BERGMANN führte den Vorsitzenden und nunmehrigen Ehrenpräsidenten an seinen Sitz. Ein minutenlang anhaltender Beifallssturm erfüllte den Raum, sobald VIRCHOW erschien. Alle Anwesenden erhoben sich von ihren Sitzen und hörten stehend die Begrüssungsrede BERGMANN's an.

Der Redner wies auf die Bedeutung dieses Ehrentages in dem Leben VIRCHOW's hin und auf die besondere Veranlassung, welche die Medicinische Gesellschaft, deren Vorsitzender der Jubilar seit einem Vierteljahrhundert sei, gehabt habe, ihn zum Ehrenpräsidenten zu ernennen. Zweierlei habe, so führte der Redner aus, der verehrte Vorsitzende bei seiner Leitung der Verhandlungen stets im Auge gehabt; einmal, dass die Gesellschaft nicht in eine Anzahl von Specialgesellschaften zerfasere, und zweitens, dass es den Mitgliedern der Gesellschaft stets in lebendigem Bewusstsein erhalten bleibe, wie das Ansehen und die Bedeutung des Arztes nur in seiner engen Verbindung mit der Wissenschaft fest wurzle. Ein reiches, von ungewöhnlichen wissenschaftlichen Erfolgen erfülltes Leben liege hinter ihm. Das seltene Glück, auf zwei biologischen Gebieten bahnbrechend und fördernd gewirkt zu haben, sei dem Jubilar zu Theil geworden, und die Zeit, da er die Leitung der Medicinischen Gesellschaft übernommen, sei für sie eine Zeit des Glanzes gewesen. Was er auf dem Gebiete der allgemeinen Pathologie, der pathologischen Anatomie, der Seuchenlehre, der öffentlichen Gesundheitspflege geleistet, davon sei kein Wort verloren gegangen, es sei vielmehr allgemeines Besitzthum der Wissenschaft, wie der ärztlichen Thätigkeit geworden. Des zum Gedenken habe die Medicinische Gesellschaft beschlossen, ihren allverehrten Präsidenten, auf dessen Geschäftsleitung sie nach wie vor sicher zählen dürfte, zu ihrem Ehrenpräsidenten zu ernennen und ergebe sich der bestimmten Hoffnung hin, dass er der Medicinischen Gesellschaft nicht versagen werde, was er der biologischen gewährt habe. Nachdem v. BERGMANN die prächtige Adresse VIRCHOW übergeben hatte, forderte er die Versammlung auf, in ein dreimaliges «Hoch» auf VIRCHOW einzustimmen.

Der Jubilar dankte in herzlichen Worten den Collegen für diesen neuen Beweis von Liebe und Verehrung. Er meinte, dass der Ehren und Würden genug auf sein Haupt geschüttet seien, und um nicht neuen «Versuchungen» sich ausgesetzt zu sehen, habe er sich an seinem fünfzigjährigen Doctorjubiläumstage von Berlin abseits gehalten. Allein seine Absicht, neuen Ehrenbezeugungen zu entgehen, sei nicht erfüllt worden. Die Medicinische Gesellschaft habe es sogar verstanden, das Mass der auf ihn gehäuften Ehren, das keiner Erweiterung mehr fähig zu sein schien, doch noch um eine neue Ehrenbezeugung auszudehnen. Und so bleibe ihm denn nichts weiter übrig, als die neue Würde anzunehmen. Im Laufe seiner Beantwortungsrede wies VIRCHOW auf seine Doctordissertation hin und hob besonders hervor, wie ausserordentlich viel die Medicin der Tradition verdanke. Er gedachte der grossen Männer SCHWANN, JOHANNES MÜLLER, FRORIEP, denen er so viel verdanke und deren Wegen er gefolgt sei. Sodann ging er zu einer Betrachtung anderer Art über, nämlich zu der Entwicklung der äusserlichen ärztlichen Verhältnisse, die von manchen Seiten her bedroht seien. Er habe sich stets nicht blos als Forscher und Gelehrter, sondern als Arzt gefühlt, und es sei alle Zeit sein Streben gewesen, dem

ärztlichen Berufe zu dem ihm gebührenden Ansehen zu verhelfen. Manches sei erreicht. Noch Vieles sei indessen zu erstreben. Nur, wenn Alle zusammenhielten, würden die Schwierigkeiten überwunden sein. Stets sollen die Aerzte dessen eingedenk sein und bleiben, dass sie in der Pflege der Wissenschaft und der Humanität ihren wahren Beruf zu erblicken hätten. Als VIRCHOW die Andeutung machte, er sehe in dem Ehrenpräsidenten einen Präsidenten «a. D.», da tönte ihm aus allen Reihen ein nicht misszuverstehendes «Nein» entgegen. Die schöne Rede VIRCHOW's rief den stürmischesten Beifall hervor.

Hierauf übernahm der Ehrenpräsident die Leitung der Sitzung und ertheilte seinem langjährigen Freunde und Nachfolger in dem Lehramte für pathologische Anatomie an der Würzburger Hochschule, Prof. RINDFLEISCH, das Wort. Dieser knüpfte an einen am 24. Mai 1851 in der Würzburger Gesellschaft für Naturforschung von VIRCHOW gehaltenen Vortrag «über den Kretinismus in Unterfranken» an und demonstrirte an einem sehr merkwürdigen Schädel, der einem elfjährigen Kinde angehörte, die Richtigkeit gewisser Lehren VIRCHOW's über die Entstehung von Schädelverbildungen und die Beziehungen der Gehirnentwicklungen zu ihnen. Wir müssen darauf verzichten, den fachwissenschaftlichen Theil der Rede an dieser Stelle des Weiteren zu erörtern. Zum Schlusse verlas Prof RINDFLEISCH eine überaus herzlich abgefasste Begrüssungsadresse der Würzburger medicinischen Facultät. In schönen, tiefempfundenen Worten gedachte die Falcultät jener unvergesslichen Zeit von 1849—1856 da es ihr vergönnt war, VIRCHOW unter die Zahl ihrer Lehrer aufzunehmen. Nur einer sei noch aus der Zahl jener Männer, die mit VIRCHOW zusammen gewirkt, am Leben, nämlich ALBERT v. KÖLLIKER. Dessen ganz besondere Grüsse habe er nun dem Jubilar zu übermitteln. Sichtlich gerührt nahm VIRCHOW die ihm dargebotene kunstvolle Adresse entgegen und erwiderte in wenigen, ungemein herzlichen Worten seinem «lieben Freunde» RINDFLEISCH, dem er seine innigsten Grüsse an alle Mitglieder der Würzburger Facultät, namentlich an den grossen KÖLLIKER, von dem der so Vieles gelernt habe, auftrug.

Sodann ergriff Prof. PONFICK-Breslau, Assistent des Jubilars aus den 70er Jahren, das Wort zu einem Beitrage zur Metastasen-Lehre. Er wies an einer grossen Reihe von Knochenpräparaten nach, dass Bacterien, die an irgend einer peripheren Stelle des Körpers Eingang gefunden haben, schliesslich im Knochen, und zwar am ehesten an den unteren Schichten des Periost haften bleiben und hier unter Umständen krankhafte Processe hervorrufen, deren Zusammenhang mit dem ersten Leiden bisher nicht aufgeklärt war. PONFICK bezeichnete seine Funde als Ausläufer der von VIRCHOW begründeten Metastasen-Lehre. Am Schlusse seines Vortrages überbrachte PONFICK die Glückwünsche der Breslauer medicinischen Facultät. *K.*

Briefe aus Ungarn.

(Original-Korrespondenz der «Internationalen Klinischen Rundschau.»

Ende October 1893.

Das öffentliche Sanitätswesen, welches in Ungarn ansonst mehrweniger als Stiefkind betrachtet und behandelt wurde, ist von der Zeit an, als HIERONYMI die Ministerschaft der inneren Angelegenheiten angetreten hat, wohin bei uns auch das Medizinalwesen gehört, zu einem förmlichen Enfant gatée herangewachsen. Man kann mit Recht sagen: das Sanitätswesen ist die Lieblingsidee, eine Specialität des gegenwärtigen Bürgermeisters, die sein fachkundiger Adlatus Dr. CHYZER mit den gedeihlichsten und mannigfaltigsten Vorschlägen eifrigst unterstützt. In der Sanitätsabtheilung unseres jetzigen Ministeriums des Innern ist jener schleppende Gang verschwunden, der sich früher im bureaukratischen Leben so heimisch gefühlt, denn jetzt folgt die ausführende That der sich ergebenden Nothwendigkeit allsogleich auf den Fuss: es wird nicht mehr so viel hin- und hergeschrieben, es wird nicht selten auch mündlich und thatsächlich decretirt, und so dem vorliegenden Uebel vorgebeugt oder rasch abgeholfen.

Gegenwärtig wollen wir nur des Berichtes gedenken, den HIERONYMI über die Sanitätsverhältnisse des Jahres 1892 dem ungarischen Landtag vorgelegt hat. Nach der bisherigen Gepflogenheit wäre wohl der Bericht vom Jahre 1888 an der Reihe gewesen, da der letzte Ausweis seines Vorgängers vom Jahre 1887 datirt; HIERONYMI erwartet jedoch mehr Resultate durch Kennzeichnung der unmittelbaren Vergangenheit und wird auch fortan den Sanitätsbericht des abgelaufenen Vorjahres erlegen. Einige Daten des Berichtes, welche auch für den ausländischen Leser von Interesse sein dürften, lassen wir hier kurz folgen:

Es wird mit Befriedigung constatirt, dass das Wechselfieber, welches auf den an Flüssen gelegenen grossen Ebenen des Landes endemisch gewesen, zufolge der Flussregulirungen den «endemischen Charakter» verloren hat und von den meisten Gegenden Nieder-Ungarns fast verschwunden ist.

An der asiatischen Cholera sind im vorigen Jahre in Budapest 889 Personen erkrankt und 499 gestorben. Im ganzen Lande, wo die Krankheit hauptsächlich den Flüssen entlang sich verbreitete, ist dieselbe in 24 Comitaten und 188 Städten und Gemeinden mit 2463 Erkrankungen und 1344 Todesfällen aufgetreten.

Die Zahl der Trachoma-Erkrankungen hat wohl abgenommen, jedoch nur sehr langsam; die grössten Resultate wurden im Klausenburger Comitate erzielt, wo seit 1887 Epidemieärzte bestellt sind und wo die Zahl der wirklichen Trachomakranken in den letzten fünf Jahren von 426 auf 48 reducirt wurde.

Die Vermehrung des ärztlichen Personals ist in Ungarn eine verhältnissmässig geringe und erreicht kaum die Zahl 100 jährlich. Im ganzen Lande waren im Jahre 1892 thätig 3556 Aerzte und 491 Wundärzte, insgesammt also 4047, was im Verhältniss zur Einwohnerzahl ungenügend erscheint, da auf 1000 Einwohner nur 2·66 Aerzte kommen, während in Oesterreich 3·16 und in Deutschland 4·15. An Hebammen herrscht gleichfalls Mangel, gegenwärtig befinden sich in Ungarn 7570; hingegen hat die Anzahl der Apotheken in den letzten fünf Jahren zugenommen, es bestanden Ende des vorigen Jahres 1186, somit auf 12.418 Einwohner und auf 2289 Quadratkilometer je eine Apotheke. Auch das Spitalswesen ist bedeutend vorgeschritten, im Ganzen verfügt Ungarn über 14.535 Spitals-Belegräume. Die Mortalität beträgt durchschnittlich 7·15%; im Ganzen sind 500.439 Todesfälle vorgekommen, von welchen 25·5% ärztlich verpflegt wurden.

Die Frequenz der ungarischen Cur- und Badeorte hat sich im Verhältnisse zu den früheren Jahren bedeutend gehoben; in 122 Bädern und klimatischen Curorten sind 77.483 ständige Curgäste und 509.498 Passanten verzeichnet worden.

Dass Minister HIERONYMI auch für die materiellen Interessen der praktischen Aerzte bedacht ist, hat er wieder einmal damit bewiesen, dass er es erst ist, der den längst bemängelten, den ärztlichen Stand fast beschämenden, noch von 1826 herstammenden Gebühren-Tarif für die ärztlichen Leistungen und Verrichtungen ausser Kraft setzen und durch einen neuen zeitgemässen und befriedigenden ersetzen will. Mit der Aufstellung dieses Tarifes hat der Minister schon Anfang dieses Jahres den Landes-Sanitätsrath betraut, den bereits stipulirten auch unverändert angenommen, vor endgiltiger Erledigung denselben jedoch auch noch der «Budapester königl. Gesellschaft der Aerzte» zur Begutachtung herabgesendet.

Die genannte «Gesellschaft» hat nach den langen Ferien ihre regelmässigen Sitzungen wieder aufgenommen. Aus der ersten derselben registriren wir folgende Preisausschreibungen für den nächsten zweijährigen Cyclus: 1. Es mögen über die Wirkung des Blutes auf Grund von Thierexperimenten Untersuchungen angestellt werden; Preis 340 fl. 2. 600 fl. für das zwischen 1. Juni 1893 und 31. Mai 1895 in ungarischer Sprache erschienene beste medizinische Werk. 3. 1000 fl. für die beste zwischen 1. Juli 1893 und 31. Mai 1895 auf dem Gebiete der Hygiene, Bacteriologie und gerichtliche Medizin erschienene Arbeit. Auch der ständige Central-Ausschuss der «Wanderversammlung ungarischer Naturforscher und Aerzte» hat einen Preis von 100 Ducaten auf eine «Landwirthschaftliche Zoologie» und einen von 200 fl. für die «wissenschaftliche Lösung der Meteorologie Ungarns» ausgeschrieben. Die nächste Wanderversammlung wird in Fünfkirchen, die zweitnächste anlässlich der Milleniumfeier im Jahre 1896 in Budapest abgehalten werden. *H. Mangold.*

Tagesnachrichten und Notizen.

* Universitäts- und Personal-Nachrichten.

— Innsbruck. Der Privatdocent an der Universität in Innsbruck, Dr. Franz Torggler, ist zum Professor der Geburtshilfe an der Hebammenschule zu Klagenfurt ernannt worden.

— Krakau. Dr. Skroczynski habilitirte sich als Privatdocent für Augenheilkunde an der Universität in Krakau.

— Karlsbad. Am 15. v. M. feierte der älteste Karlsbader Curarzt Dr. Gallus Ritter von Hochberger, seinen 90. Geburtstag.

— Dresden. Die Gesellschaft für Natur- und Heilkunde in Dresden ernannte anlässlich der Feier ihres 75jährigen Jubiläums Herrn Hofrath Prof. Dr. Oertel in München zum Ehrenmitglied.

— Kiel. Dr. Georg Hoppe-Seyler ist zum ordentlichen Professor an der medicinischen Facultät ernannt worden.

— London. Der Kliniker Sir Andrew Clark hat einen Schlaganfall erlitten.

— Belfast. Dr. Johnson Symington in Edinburg, der Verfasser des bekannten Atlas der topographischen Anatomie des Kindes, wurde zum Professor der Anatomie an Queen's College in Belfast ernannt. — Dr. W. H. Thomas, ein Schüler Ludwig's, erhielt die Dunville-Professur für Physiologie.

— Edinburgh. Die Jahresversammlung des British Institute of Public Health zu Edinburgh ernannte Herrn Geheimrath von Pettenkofer zum Ehrenmitglied.

* Aerztliches Vereinsleben in Wien. Bei der am 3. d. M. abgehaltenen Sitzung der k. k. Gesellschaft der Aerzte brachte der Vorsitzende, Hofrath Prof. Dittel, zwei Glückwunschtelegramme von Prof. v. Eiselsberg und Hans Chiari zur Verlesung, worauf er in warmen Worten der verstorbenen Mitglieder Dr. Ulrich und Oberstabsarzt Dr. Fillenbaum gedachte, deren Andenken die Gesellschaft durch Erheben von den Sitzen ehrte. Prof. Lang demonstrirt hierauf eine Patientin, bei der er eine ausgedehnte Transplantation am Unterschenkel vorgenommen hatte, worauf Prof. Weinlechner einen Fall von operirter Cyste des Unterkiefers und einen 52jährigen Mann demonstrirt, bei dem ein Neoplasma aus dem Rachen entfernt wurde. Prof. Chrobak hält hierauf seinen angekündigten Vortrag: «Ueber die Erfolge der Adnexoperationen», in welchem er an der Hand statistischer Daten, sowie des ihm so zahlreich zur Verfügung stehenden Materiales, seine Indicationsstellung präcisirte, sowie die wahren und Scheinerfolge deutlich klarlegte. Vortragender begrüsst es als günstiges Omen, dass der erste Vortrag im neuen Hause einem Specialfache entstamme und spricht den Wunsch aus, dass im neuen Hause die einzelnen Specialfächer wieder ihren inneren Zusammenhang finden mögen. Der interessante Vortrag erscheint in der nächsten Nummer dieses Blattes. — Das med. Doctorencollegium hält am Montag den 6. November seine Eröffnungssitzung ab, u. zw. im Sitzungssaale der österr. Gesellschaft vom rothen Kreuze (I., Herrengasse 23), wobei Prof. Lang einen Vortrag hält: «Ueber succesive chronisch-intermittirende Behandlung der Syphilis».

— Berlin. Virchow-Jubiläum. Die Academie der Wissenschaften in Berlin hat zum 50jährigen Doctor-Jubiläum an Rudolf Virchow eine Adresse gerichtet, die, von Prof. Hermann Munk verfasst, eine knappe Würdigung der wissenschaftlichen Lebensarbeit des Gefeierten enthält. — Die letzte Sitzung der Anthropologischen Gesellschaft gestaltete sich in ihrem ersten Theile zu einer Huldigung für Virchow, den Begründer und jetzigen Ehrenpräsidenten, zugleich wirklichen Präsidenten der Gesellschaft. Geheimrath Prof. Dr. Waldeyer hielt eine Ansprache, in welcher er der Bedeutung des Tages für die anthropologische Gesellschaft warme Worte verlieh. Sodann überreichte er dem Jubilar eine Adresse, in welcher die Glückwünsche der Gesellschaft niedergelegt sind.

* Havanna. Preisausschreibung. Von der Havannesischen Academie der medicinischen-, physikalischen- und Naturwissenschaften sind folgende zwei Preisaufgaben für 1893—94 veröffentlicht worden. 1. Preis, Goyri y Adot: Ueber Krankheiten der warmen Länder, insbesondere über die chronische Diarrhoe (enfermedades de los paises cálidos y con preferencia sobre la diarrea crónica). Der Preis besteht in 700 Pesos in Gold. 2. Preis, «Canongo»: Medicinische Topographie der Stadt Havanna bezüglich der Tuberculose, des Sumpffiebers, Typhus und gelben Fiebers. Preis 250 Pesos in Gold. Der letzte Termin für Einsendung der Arbeiten ist auf den 30. April 1894 festgesetzt und sind dieselben an den Generalsecretär der Academie, Dr. Louis Montané, Calle de Cuba, exconvento de San Augustin, Habana zu adressiren. (Revista de medicina y cirurgia prácticas.)

* Todesfälle. In Wiesbaden Prof. Dr. Frerichs, einer der bekanntesten dortigen Aerzte, Neffe des verstorbenen Geheimrathes v. Frerichs in Berlin, 40 Jahre alt. — In Hannover Dr. Lyman Bartlett Howe, ehem. Professor der Anatomie am Darmouth Medical College.

* Cholera-Nachrichten. Oesterreich-Ungarn. Der am 24. October in Wien in das Kaiser Franz Joseph-Spital gebrachte Matrose Ferdinand Stepan ist am 27. October Nachmittags gestorben. Die Abnahme der Zahl neuer Choleraerkrankungen in Galizien, welche in der vorigen Woche eingetreten war, dauerte auch noch während der letzten Woche (24. bis 31. October) an. — In Ungarn hat die Cholera sich während der Vorwoche vom 11. bis 17. October wieder weiter ausgebreitet und eine grössere Zahl von Erkrankungen herbeigeführt, nämlich in 73 Gemeinden 274 Erkrankungs- und 136 Todesfälle. — Bosnien und Herzegovina. In der Woche vom 14.—21 October sind in der Stadt Brčka 20 Personen an Cholera erkrankt, 10 gestorben, in verschiedenen Orten des Kreises Dolnja Tuzla 72 Choleratodesfälle angezeigt worden. — Deutsches Reich. Vom 15—21. October wurden im Odergebiete, Stettin und im Elbestromgebiete einzelne Erkrankungs- und Todesfälle an besonderen Stellen gemeldet. — Niederlande. Vom 10. bis 19. October wurden aus der Provinz Over-Yssel 8, aus der Provinz Drenthe 2 Cholerafälle gemeldet. — Belgien. Zwischen 1. und 16. October kamen Choleraerkrankungen (Todesfälle) vor: in Antwerpen 5 (3), Boom 4 (0), Willebröck 1 (0), Dampremy 8 (4), Charleroi 1 (1), ausserdem 8 (4) Verdachtsfälle. — Italien. In Livorno und in Messina soll die Cholera erloschen sein. Aus Palermo wurden vom 22. bis 27. October 65 Erkrankungs- und 36 Todesfälle gemeldet. In Rom kamen einzelne verdächtige Fälle vor. — Türkei. In Constantinopel hat sich die sanitäre Situation nicht geändert, die Choleraerkrankungen treten in beschränkter Zahl und in den verschiedensten Gegenden auf, ohne dass es bisher ausser in der Irrenanstalt in Skutari, und in der Kaserne in Haidarpascha zu einer epidemischen Ausbreitung kam.

Verantwortlicher Redakteur: *Dr. Arthur Schnitzler.*

Pränumerations-Einladung.

Mit **I. Oktober 1893** begann ein neues Abonnement auf die Internationale

KLINISCHE RUNDSCHAU

(jeden Sonntag 2 bis 3 Bogen)

und

KLINISCHE ZEIT- u. STREITFRAGEN

(jährlich 10 bis 12 Hefte zu 2 bis 3 Bogen).

Pränumerations-Bedingnisse:

Für Oesterreich-Ungarn: Ganzjährig fl. 10, halbjährig fl. 5, vierteljährig fl. 2.50. — Für das Deutsche Reich: Ganzjährig Mark 20, halbjährig Mark 10, vierteljährig Mark 5. — Für die übrigen Staaten: Ganzjährig Frcs. 25, halbjährig Frcs. 12.50, vierteljährig Frcs. 6.25.

Abonnements sind zu adressiren an die Administration der «Internationalen Klinischen Rundschau», **Wien, I. Bez., Lichtenfelsgasse 9.** Ausserdem nehmen alle Postämter und Buchhandlungen Bestellungen auf die «Internationale Klinische Rundschau» sowie auf die «Klinischen Zeit- und Streitfragen» entgegen.

Vom I. Jänner 1893 ab erhalten unsere Abonnenten die monatlich einmal erscheinenden „Therapeutischen Blätter" gratis zugesandt.

Jene Herren, deren Pränumeration mit Ende September erloschen ist, werden ersucht, dieselbe möglichst bald zu erneuern, damit die Zusendung keine Unterbrechung erleidet.

Die Administration der „Internationalen Klinischen Rundschau"
Wien, I., Lichtenfelsgasse 9.

ANZEIGEN.

Druck und Verlag, Administration und Expedition: *M. Engel & Söhne*, Wien, I. Bez., Lichtenfelsgasse 9.
Debit *Alfred Hölder*, k. u. k. Hof- und Universitäts-Buchhändler, Wien, I., Rothenthurmstrasse 15. — Für Inserate: Wien, I. Bez. Lichtenfelsgasse 9